Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1

…………………………………………..

 (pieczęć Zleceniobiorcy)

**LISTA OSÓB ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

w ramach realizacji zadania publicznego pn. „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych” - edycja 2023

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej | Kwalifikacjeosoby świadczącej usługi opieki wytchnieniowej  | Udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym | Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w związku z opieką nad którą zostały przyznane usługi opieki wytchnieniowej | Miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.......................... ..................................................................................

 (data) (podpis osoby upoważnionej przez Zleceniobiorcę)