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 | Kwalifikacje  osoby 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)