



Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Alzheimer - model usług społecznych dla osób niesamodzielnych w Kielcach”

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ
Z ZESPOŁEM DEMENTYWNYM/OTĘPIENNYM,
W TYM CHOROBAŁĄ ALZHEIMERA (ZD/AD)**

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

oświadczam, iż jestem opiekunem faktycznym osoby ze zdiagnozowanym zespołem demencyjnym/otępiennym, w tym chorobą Alzheimera.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3.

Kielce,

(Miejscowość i data)

.....

(Czytelny podpis opiekuna faktycznego)