

Ława, dnia.....

**Oświadczenie o rezygnacji
Uczestnika Programu „Opieka wychnieniowa” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

Pouczony/ a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

1. Rezygnuje z wsparcia w formie usługi „ Opieka wychnieniowa” finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ławie od dnia z powodu.....
2. **Oświadczam, że jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....

(data i podpis przyjmującego oświadczenie)