

…………………………………. …………………………

 (imię i nazwisko) (data)

………………………………………….

 (adres zamieszkania)

………………………………………….

 (email, telefon)

 Centrum Usług Społecznych

 w Będzinie

  **Deklaracja uczestnictwa**

Wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w programie „ Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025.

|  |  |
| --- | --- |
| **Moduł I (usługi sąsiedzkie)** | **Moduł II (opaski bezpieczeństwa)** |
| Tak / Nie  | Tak / Nie  |

 ………………………………………..

 (podpis)