

…………………………………. …………………………

(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)