……………….……………….., …………… 2024 r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana

…………………………………………………………………………………………………. jako osoby świadczącej usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka/ podopiecznego.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |