

....., 2024 r.
miejsowość, 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