……………….……………….., …………… 2023 r.

 *miejscowość, data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

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*

|  |
| --- |