



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ja niżej podpisany/a.....

Zamieszkały/a.....

Dobrowolnie deklaruję swój udział w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, oświadczam, iż:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w Programie współfinansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024 i zobowiązuję się do przestrzegania go.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w Programie jest bezpłatny.

.....

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*