



Załącznik nr 5 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego- edycja 2024

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu/opiekuna prawnego/opiekuna ustawowego

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” DLA JEDNOSTEK
SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
..... jako osoby świadczącej usługi asystenta
osobistego dla mnie/dla mojego podopiecznego.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego