

Zwoleń, dnia

.....
(nazwisko i imię uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie

Oświadczam, że **wskazany przeze mnie asystent** Pan/Pani
(imię i nazwisko)

jest przygotowany/-a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej oraz nie jest członkiem mojej rodziny, zgodnie z zapisami Rozdziału VII pkt 3 Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

.....
(data i podpis uczestnika/opiekuna prawnego)