4.

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………….

Oświadczenie

Ja, ………………………………………………………………………………… będący rodzicem/opiekunem prawnym …………………………….…………………………………, niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana …………………………………………………..………………. do realizacji usług asystenckich względem mojego dziecka/podopiecznego.

|  |
| --- |
| Data i podpis  rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu |

5.

............................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

Świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: *„Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”*, oświadczam że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan .................................................................. nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

|  |
| --- |
| Data i podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu |