



.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Ja, będąca/y 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