



.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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