

Szczyrk, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

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

Oświadczam, że:

wskazuję osobę na asystenta

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

Nie wskazuję osoby na asystenta.

Podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu