Łęczyca , dnia ……

…….
Imię i nazwisko

…….

…….
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 i w pełni go akceptuję.

Łęczyca, dnia……
(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)