Łęczyca, dnia ……
miejscowość, data

……
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

…….

…….
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana ……..…… jako osoby świadczącej usługi asystenta osobistego dla mnie, dla mojego dziecka/ podopiecznego.

…….
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego