**Oświadczenie Uczestnika Programu**

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

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

**II. Oświadczenie:**

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny dziecka do 16 roku życia z orzeczeniem  
o niepełnosprawności akceptuję wskazaną osobę jako asystenta osobistego mojego dziecka

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)