



....., 2023 r.
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI OSOBY ASYSTENTA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
.....
jako osobę świadczącą usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka/
podopiecznego.

.....
podpis opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego