



....., 2026 r.
miejscowość data

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI OSOBY ASYSTENTA DO PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA
JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2026**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
..... jako osobę
świadczącą usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka i jest ona przygotowana do
świadczania usług asystencji osobistej dla mojego dziecka oraz mam świadomość, że
wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których mowa w części IV ust. 4 pkt 1
lit. a i b Programu.

.....
podpis opiekuna prawnego