

Piecki, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO – EDYCJA 2024**

Oświadczam, że:

Wybieram asystenta.

Imię i nazwisko asystenta:

Telefon:

E-mail:

Wskazana osoba:

- nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną,
- jest przygotowana do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej

Nie wybieram asystenta.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

---

Podpis uczestnika Programu/opiekuna  
prawnego uczestnika Programu