

Załącznik nr 6 do Karty zgłoszenia do Programu

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dziecka do 16 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024

Ja, będący rodzicem*/
(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym*nieletniej/nieletniego.....
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
(imię i nazwisko)

do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka/podopiecznego.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić