**AOON 2025**

*Załącznik nr 5 do Karty zgłoszenia do Programu*

**OŚWIADCZENIE**

Dane uczestnika Programu (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………….

Dane osoby wskazanej do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………………

Numer telefonu/email: ……………………………………………………………………………..

Wykształcenie/kwalifikacje: ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………… …………………………………………………………………………

Miejscowość, data Podpis uczestnika programu/opiekuna prawnego