**AOON 2025**

*Załącznik nr 6 do Karty zgłoszenia do Programu*

**OŚWIADCZENIE
o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dziecka od ukończenia 2 roku życia do 16 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025**

Ja, ................................................................................................................. będący rodzicem\*/

(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym\*małoletniej/małoletniego.......................................................................

 (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