

Załącznik nr 5 do Karty zgłoszenia do Programu

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

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