Świnoujście, dnia …….…………… 2023 r.

…………………………………………….………

 imię i nazwisko

uczestnika Programu/opiekuna prawnego/lub rodzica

……………………………………………….…….

…………………………………………….……….

 adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana …………………………………………………………………………………………………. jako osobę świadczącą usługę asystenta osobistego dla mojego dziecka.

………………………………………………………….

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego/
lub rodzica

|  |
| --- |