



.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu  
lub opiekuna prawnego)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej  
Pani/Pan ..... nie jest członkiem mojej rodziny,  
nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....  
(podpis Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego)