



**Oświadczenie na potrzeby realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025**

Ja, będący rodzicem/opiekunem prawnym
nieletniej/nieletniego, niniejszym oświadczam, że akceptuję
Panią/Pana do realizacji usług asystenckich względem mojego
dziecka/podopiecznego.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu