

..... data.....

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, ... będąca/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.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić