

....., dnia.....

.....

imię i nazwisko uczestnika Programu

.....

adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana

.....

jako osobę świadczącą usługi asystenta osobistego dla
mnie w ramach

Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji
Pozarządowych – edycja 2026

.....

podpis uczestnika Programu