Bochnia, …………… 2022 r.

 *data*

…………………………………………….………

 *imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

ul. ..………………………………………….…….

32 – 700 Bochnia

 *adres zamieszkania*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2022

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana …………………………………………………………………………………………………. jako osoby świadczącej usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka/ podopiecznego.

………………………………………………………….

*podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*

|  |
| --- |