Załącznik nr 4 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie
 „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

Radom, dnia ………………………

……………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Akceptuję Pana/Panią ……………………………………………………………
 *(imię i nazwisko asystenta)*

na asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji osobistej

na rzecz ……………………………………………………………………………
 *(imię i nazwisko dziecka do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)*

 …………………………………………………………………

 /podpis rodzic/opiekuna prawnego/