



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Załącznik nr 5
do Regulaminu naboru i uczestnictwa w Programie
Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek samorządu Terytorialnego – edycja 2024

Radom, dnia

.....
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie

Akceptuję Pana/Panią
(imię i nazwisko asystenta)

jako asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji osobistej w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego –
edycja 2024

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

.....
/podpis rodzic/opiekuna prawnego/