

 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/