

Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. zapoznałem się z treścią Programu oraz Regulaminem realizacji usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024r. przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku.

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego