



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 jest współfinansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik Nr 4 do Regulaminu realizacji usługi „Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 przez Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku

Szczecinek, dnia

.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

Dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025
Oświadczam, że na asystenta wskazuję

.....
(Imię i nazwisko, dane kontaktowe)

Jednocześnie akceptuję wyżej wskazaną osobę jako asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla mojego dziecka.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego małoletniego