



Załącznik V

....., dnia.....

Program Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnościami – Edycja 2023

Imię i nazwisko uczestnika Programu:

Adres zamieszkania:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że: *(proszę zaznaczyć prawidłowe)*

na asystenta wybieram (imię i nazwisko, telefon, e-mail):

.....
.....

Wskazana osoba nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

Potwierdzam, iż wskazany przeze mnie asystent, jest przygotowany do realizacji wobec mnie usługi asystenckiej.

nie wskazuję asystenta.

Podpis uczestnika Programu