

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2024

..... 2024 r.
miejsowość , *data*

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” –
EDYCJA 2024**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „*Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością*” – edycja 2024.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego