

Tarnów, dnia.....

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana

.....
jako osobę świadczącą usługi asystenta osobistego
dla mojego dziecka w ramach
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego