

Tarnów, dnia.....

.....
imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
adres zamieszkania

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

.....
telefon kontaktowy

AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że akceptuję

Pana/Panią

.....
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych
- edycja 2025.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego