Miejscowość i data: .........................................

**OŚWIADCZENIE**
**dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/-a ...............................................................................................................................................................................................................................................................,
wskazuję następującą osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:
Imię i nazwisko asystenta: ................................................................................................................................................................................................................................................................
Adres: ................................................................................................................................................................................................................................................................
Telefon: ..................................................................................................................

Oświadczam, że:
1. wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym i nie zamieszkuje razem ze mną;

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