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