

Załącznik nr 2
do Regulaminu Programu
„Gminny Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością”
na rok 2025

....., dn.
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)
.....
.....
.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie

Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego osoby małoletniej z niepełnosprawnością

Oświadczam, że jako rodzic / opiekun prawny (niewłaściwe skreślić), akceptuję
Panią / Pana świadczącego
usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla mojego dziecka
(osoby małoletniej), zgodnie
z zapisami programu osłonowego „Gminny Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” na rok 2025.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)