Brzozów, ………………………

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/ a w związku z ubieganiem się o przyjęcie do Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” - edycja 2024, proponuję na mojego asystenta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie oświadczam, że proponowana przeze mnie osoba nie jest moim członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani osobą faktycznie zamieszkującą razem ze mną.

……………………………………………………………

podpis Uczestnika Programu/ opiekuna