

..... r.
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

osoby niepełnosprawnej/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego dziecka

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

Ja niżej podpisany/a..... oświadczam, że **zapoznałem/am się z:**

- Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego edycja 2026

oraz

- Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowanym z Funduszu Solidarnościowego.

Jednocześnie oświadczam, iż **akceptuję warunki i zasady** zawarte w powyższych dokumentach.

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