

OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego od ukończenia 2 roku życia do 18 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

Ja, będący
rodzicem*/opiekunem prawnym* małoletniej/małoletniego
..... niniejszym
oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka/podopiecznego.

.....

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić