

....., dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y.....

będąca/y rodzicem/opiekunem prawnym nieletniego dziecka:\*

..... oświadczam, że akceptuję  
imię i nazwisko

Panią/Pana .....

jako osobę świadczącą usługi asystencji osobistej dla mojego dziecka/podopiecznego  
w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego - edycja 2025.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*Niepotrzebne skreślić