

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

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y wskazuję na pełnienie funkcji asystenta osobistego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

Pana/Panią .....

imię i nazwisko asystenta

dane kontaktowe wskazanego asystenta

.....  
adres zamieszkania, numer telefonu

Oświadczam, że wyżej wskazany asystent nie jest członkiem mojej rodziny (wstępnym lub zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonką, krewnym w linii bocznej małżonką, zięciem, synową, macochą, ojczymem) oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
Czytelny podpis uczestnika Programu  
/opiekuna prawnego

\*Niepotrzebne skreślić