



.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu

Adres zamieszkania

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY
RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja,
rodzic/opiekun* kandydata na uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby
niepełnosprawnej” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

.....
(imię i nazwisko dziecka)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana*

.....
(imię i nazwisko asystenta)

jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu

*niepotrzebne skreślić