



Karsin, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Karsinie dotyczącym rekrutacji uczestników i realizacji Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego