

Jelenia Góra, dnia

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

OŚWIADCZENIE

W związku ze wskazaniem do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby niepełnoprawnej poniżej wymienionej osoby:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

oświadczam, iż akceptuję dokonany wybór i potwierdzam przygotowanie tej osoby do realizacji usług asystencji osobistej.

.....
(podpis Uczestnika Programu)