

…….……………………………

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu

lub opiekuna prawnego)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**DEKLARACJA**

**Uczestnika Programu lub opiekuna prawnego do wskazania osoby mającej świadczyć usługi Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej – edycja 2023 r.**

 Ja, ………………………………………………………. Uczestnik Programu/opiekun prawny uczestnika wskazuje Panią/Pana ……………………………………………………….

jako osobę, którą wybrałem/wybrałam do świadczenia usługi asystenta w ramach
ww. Programu .

.......................................................

(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)