



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość i data)

„Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025

Wskazanie

Ja niżej podpisany/a

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania Uczestnika Projektu),

wskazuję Asystenta, który ma realizować dla mnie usługę w projekcie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.

Dane Asystenta:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Liczba miesięcy/lat sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością, której dotyczy usługa:

Biorę pełną odpowiedzialność za wskazywaną osobę i wyrażam zgodę, by świadczyła ona usługi w projekcie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025.

.....
Podpis uczestnika programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”
dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025