



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
(miejscowość i data)

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

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a

wyrażam zgodę, aby w projekcie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Organizacji
Pozarządowych – edycja 2025 usługi dla mojego dziecka realizowane były przez

.....
.....

(imię i nazwisko asystenta, adres zamieszkania).

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