



**Oświadczenie na potrzeby realizacji Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2024**

Ja, ..... będący rodzicem/opiekunem prawnym  
nieletniej/nieletniego ....., niniejszym oświadczam, że akceptuję  
Panią/Pana ..... do realizacji usług asystenckich względem mojego  
dziecka/podopiecznego.

---

Podpis rodzica/opiekuna prawnego  
uczestnika Programu