



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

Na podstawie Działu IV., ust. 4, pkt. 2 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 oświadczam, że Pani/Pan posiada co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu wsparcia oraz pomocy na rzecz mojej osoby/mojego dziecka/podopiecznego* Powierzone z tego tytułu obowiązki wykonywała/wykonywał* prawidłowo i z należytą starannością.

Czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna
prawnego uczestnika Programu

*niewłaściwe skreślić