…………………………………………….……..

nazwisko i imię rodzica, opiekuna prawnego

……………………………………..……………

 adres zamieszkania

…………………………………………..………

**Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego**

**dziecka z niepełnosprawnością**

Oświadczam, że akceptuję osobę asystenta Panią/Pana………………………………………………………….……….. będącą/ym świadczyć usługę asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025 na rzecz dziecka z niepełnosprawnością.

............................…..................................................…..…

(podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością )