



..... 2026 r.
miejscowość data

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O PRZYGOTOWANIU ASYSTENTA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA
JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO– EDYCJA 2025**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że Pan/Pani

.....
świadczący/a usługi asystenta osobistego dla mojego podopiecznego jest
przygotowany/a do świadczenia usług asystencji osobistej dla mojego podopiecznego
oraz mam świadomość, że wskazana osoba nie musi spełniać warunków, o których
mowa w części IV ust. 4 pkt 1 lit. a i b Programu.

.....
podpis opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego