



....., ..... 2025 r.  
*miejsowość data*

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

.....  
*adres zamieszkania*

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

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana  
.....  
jako osobę świadczącą usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka/  
podopiecznego.

.....  
*podpis opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego*