



.....
Imię i Nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania

.....
(Imię i Nazwisko opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUGI w ramach programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026

dotyczące wskazania asystenta osobistego w ramach Programu "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026 Oświadczam, że:

☐ na asystenta wybieram

.....
(Imię i Nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu Asystenta)

- 1 Ponadto oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent osobisty osoby niepełnosprawnej nie jest członkiem mojej rodziny oraz nie jest opiekunem prawnym.
- 2 Oświadczam, że akceptuję osobę wskazaną przez siebie do pełnienia funkcji asystenta osobistego znam osobiście, posiada odpowiednią wiedzę i kwalifikacje oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.

.....
podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego