

Bydgoszcz, dnia.....

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres uczestnika Programu)

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z Programem (dział V ust. 6) „Osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny ma prawo wyboru osoby, która będzie świadczyć usługi asystenta”, na pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej wskazuję Pana/Panią.....

.....

(czytelny podpis uczestnika)