

.....
(Miejscowość, data)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z:

1. Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026
2. Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026, wprowadzonym zarządzeniem Nr 021.29.2025 z dnia 15.12.2025 r. Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Klembowie

.....
(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)