Krośniewice, dnia ………………..

……………………………

(Imię i nazwisko)

……………………………

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udziału w Programie „Asystent Osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 i w pełni go akceptuję.

……………………………………

(podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)