



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

Krośniewice, dnia

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

99-340 Krośniewice

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 i w pełni go akceptuję.

.....

(podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)