

Dynów,.....

.....
(Imię i nazwisko uczestnika programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU I AKCEPTACJA ASYSTENTA

Wskazuję i akceptuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

☐ wybranego przeze mnie

Imię i nazwisko asystenta:

.....
Telefon

asystenta:.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością wykazuje się posiadaniem przygotowaniem do świadczenia usług asystencji.

.....
(podpis uczestnika programu)

.....
podpis osoby przyjmującej deklarację