Załącznik nr 2 o Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Programie *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością* dla Jednostek Samorządu Terytorialnego— edycja 2024

Lipsko, dnia ………………………

……………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Akceptuję Panią/-na …………………………………………………………………….……
 *(imię i nazwisko osoby, która/y będzie świadczyć usługi asystencji )*

na osobę, która ma świadczyć usługę asystencji osobistej

na rzecz …………………………………………………………………
 *(imię i nazwisko dziecka do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)*

……………………………………………………………….

 *(data i podpis uczestnika rodzica/opiekuna prawnego)*