

Przasnysz dn.....

.....  
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA

Programu „Asystent osobisty  
osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023

ADRES ZAMIESZKANIA

.....  
.....  
.....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam ,że jeśli zostanę zakwalifikowany/-na do udziału w programie „ Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”- edycja 2023r , chce samodzielnie wskazać osobę na mojego asystenta osobistego.

.....  
(podpis uczestnika programu)