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

 (Imię i nazwisko Uczestnika Programu )

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

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIA OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROGRAMU**

dotyczyusług asystencji osobistej świadczonych **na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia**z orzeczeniem o niepełnosprawności

1. Oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent………………………………………………………...
(imię i nazwisko asystenta) jest przygotowany do realizacji usług asystencji osobistej wobec ………………………..……………………….…… (imię i nazwisko uczestnika Programu).

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

(podpis opiekuna prawnego)

W przypadku gdy usługi asystencji osobistej będą świadczone na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia
z orzeczeniem o niepełnosprawności **wymagane jest dołączenie następujących dokumentów:**

* 1. zaświadczenie o niekaralności Asystenta;
	2. pisemna informacja o niefigurowaniu Asystenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.