

.....
(miejsowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej
Pani/Pan nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest
moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....
(podpis Uczestnika Programu)