



Miejscowość....., dnia2025 r.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

Adres zamieszkania

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA
ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO**

Oświadczam, że akceptuję Panią/Pana*
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2025.

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić