



Miejscowość, dnia2026 r.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu*

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 2026.

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

*niepotrzebne skreślić