



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



OPSGŁ
Ośrodek Pomocy Społecznej
Gminy Łańcut

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego

.....

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU
„ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że akceptuję Panią/Pana
.....
jako osoby świadczącej usługi asystenta osobistego dla mojego dziecka/
podopiecznego.

.....
podpis uczestnika Programu/ opiekuna prawnego/ opiekuna ustawowego