Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i realizacji programu

„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023

Józefów, ..................................

(data)

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

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(ulica)

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

(kod pocztowy)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO
 DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, ………………………………………………………………………………………………… rodzic/opiekun prawny\* uczestnika Programu (imię i nazwisko dziecka) ……………………………………………………………………………………. akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………………….…………jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach ww. Programu.

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

 (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*właściwe podkreślić