

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i realizacji
programu „Asystent osobisty osoby z
niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2024

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/Panajako osobę, która będzie świadczyła
usługi asystenta w ramach ww. Programu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*właściwe podkreślić