*Załącznik 6 do Regulaminu*

 Myślibórz, .............................

 (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/ki Programu (imię i nazwisko dziecka)…………………………………………………………………………….…………… akceptuję panią/pana ……………………………………………………………….…….…………………………………………………………… jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego.

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

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*właściwe podkreślić