

Załącznik Nr 11 do Regulaminu Realizacji Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
w Powiecie Myśliborskim

.....
Imię i nazwisko
(uczestnika lub opiekuna prawnego)

Myślibórz,
(data)

OŚWIADCZENIE
uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 dotyczące ubiegania się o usługi asystenta
u innego Realizatora Programu

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

ubiegam się o usługi asystenta u innego Realizatora Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Nazwa Realizatora Programu:

Nie ubiegam się o usługi asystenta u innego Realizatora Programu

.....
Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego