



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

Myślibórz, .....  
(data)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Powiecie Myśliborskim**

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 w Powiecie Myśliborskim.

.....  
(podpis)