

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 2025, finansowanego ze środków
Funduszu Solidarnościowego.

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

*właściwe podkreślić