Załącznik Nr 3 do Regulaminu



**O Ś W I A D C Z E N I E**

|  |
| --- |
| Ja niżej podpisany (a )  …………………………………………………………………………………………………................................  Imię i nazwisko  Zamieszkały ( a )  kod pocztowy ………………… miejscowość………………………………………..............................  ulica ………………………………………… nr domu …………. nr mieszkania ……………………  Seria i numer dowodu osobistego ……………………………………. Nr PESEL ……………………………. |
| Ja niżej podpisana/y jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że wskazany przeze mnie kandydat na asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością nie jest członkiem mojej rodziny wskazanym w Rozdziału IV ust. 5 Programu, nie zamieszkuje wspólnie ze mną.  Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana tj. Pan/i …………………………………………….. jest przygotowana/y do realizacji wobec mnie usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. |

Miejscowość ………………………………………………..

Data …………………………………………………………

…………………………………………………… ……………………………………………………..

podpis osoby przyjmującej oświadczenie podpis osoby składającej oświadczenie