**Załącznik Nr 8 do Regulaminu**



 Zaniemyśl, dnia ……………………

………………………………………..

( imię i nazwisko uczestnika Programu

 lub opiekuna prawnego)

……………………………………….

………………………………………

 (adres)

Oświadczam, że zapoznałem się z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”- dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024, Regulaminem i zakresem czynności asystenta, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ………………………………………….

 (podpis uczestnika Programu lub

opiekuna prawnego)