**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)