................................................................................. Przeworsk, dnia ……….……………………

 imię i nazwisko uczestnika Programu (dziecka do 16 roku życia)

zam. Przeworsk, ul. ………………………………………………

imię i nazwisko rodzica\*/opiekuna prawnego\*: …………………………………….…………………………

zam. Przeworsk, ul. ………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**o akceptacji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej dla dziecka do 16 roku życia**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

Ja, ………………………………………………………………………………………………. będący rodzicem\*/opiekunem prawnym\*

 (imię i nazwisko)

 nieletniej/nieletniego …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że **akceptuję** Panią/Pana …………………………………………………………………………………………….…

 (imię i nazwisko)

do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka\*/podopiecznego\*.

………………………………………………………………………………..

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego

\* niepotrzebne skreślić