

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA
PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
dla JST– EDYCJA 2025**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywaniem drogą mailową wszelkich informacji dotyczących realizacji usługi asystencji, w tym informacji o zakwalifikowaniu się bądź nie do Programu, w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla JST- edycja 2025 finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego .

adres mailowy.....

.....
Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu