........................................................

Imię i nazwisko

……………………………………………………

adres

**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU POWIĄZAŃ RODZINNYCH I NIEPOZOSTAWANIU WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z UCZESTNIKIEM PROGRAMU**

 Oświadczam, że nie jestem spokrewniony/a i nie zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem, programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnościami” edycja 2024.

**Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis asystenta)