……………………………………….

imię i nazwisko uczestnika Programu

……………………………………….

adres zamieszkania

………………………………………

 imię i nazwisko opiekuna prawnego

………………………………………

telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE**

**o wskazaniu asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

Oświadczam, że:

na asystenta wskazuję Pana/Panią

………………………………………………………………………..

imię i nazwisko

 ………………………………………………………………………..

 adres zamieszkania

………………………………………………………………………..

numer kontaktowy, adres e-mail

Oświadczam, iż wskazana przeze mnie osoba jest przygotowana do pełnienia roli asystenta

………..…………………………………………………………..

podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego