



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Gmina Miasto Krosno

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia - Oświadczenia przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego dziecka z niepełnosprawnością**

.....

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego małoletniego uczestnika Programu

.....

adres zamieszkania

.....

Akceptacja osoby asystenta przez rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego

Oświadczam, że akceptuję osobę asystenta Panią/Pana.....

który/a ma świadczyć usługę asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty

osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek samorządu Terytorialnego - edycja 2026

na rzecz małoletniego

.....

Podpis przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego
małoletniego