



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Gmina Miasto Krosno

Program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia – oświadczenie uczestnika Programu lub jego
przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego w przedmiocie
wskazania, że asystent jest przygotowany do świadczenia usług asystencji osobistej**

Krosno, dnia.....

**Oświadczenie uczestnika Programu/przedstawiciela ustawowego/opiekuna
prawnego do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.**

Ja niżej podpisana/y: zamieszkała/y.....
(imię i nazwisko)

.....oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba
do pełnienia funkcji asystenta
(imię i nazwisko)

jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

.....
Podpis uczestnika Programu/
przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego
(w przypadku osoby małoletniej
albo ubezwłasnowolnionej całkowicie)