**…………………………….. ………………...............................**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią ………………………………………………………………………………....,

**Imię i nazwisko asystenta osoby niepełnosprawnej**

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

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

**Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej**

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

**Podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego**