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

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

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

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

*Załącznik nr 6 do Regulaminu Programu*

 *Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością*

*dla Jednostek Samorządu Terytorialnego*

 *– edycja 2024*

**AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

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

 **Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością**

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

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

**Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością**

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

**Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego**