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

Imię i Nazwisko Miejscowość, data

..........................................

Adres zamieszkania

…………………………………………

Numer telefonu

Załącznik nr 7 do Regulaminu Programu

 Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością

Dla Jednostek Samorządu Terytorialnego

– edycja 2024

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO” -EDYCJA 2024, DOTYCZĄCE WSKAZANIA OSOBY, KTÓRA BĘDZIE ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ ASYSTENTA**

Oświadczam, że:

☐ Zapoznałem/am się z warunkami udziału w Programie
☐ Zostałem/am poinformowany/a o finansowaniu Programu ze środków Funduszu
Solidarnościowego
☐ Jestem świadomy/świadoma, że nie ponoszę odpłatności za usługi Asystenta

Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń
niezgodnych z prawdą (zgodnie z art. 233 § 1 kk)(1).

..………………………………………………….

**Podpis uczestnika programu lub członka rodziny/opiekuna**

1. art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub winnym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze
pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”