Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

……..
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 2026

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