………………………………………… …………………...

*imię i nazwisko miejscowość, data*

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

*adres zamieszkania*

…………………………………………

*numer telefonu*

**ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

 Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią

………………………………………………………………………………

 *imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością*

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

…………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej*

…………………....…………………………………………………………

*podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego*