

Zamość, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jako osobę świadczącą dla mnie usługi asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024 wskazuję panią/pana .....  
(imię i nazwisko wskazanego asystenta).

.....  
(czytelny podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)