

Choszczno,

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego)¹

.....
(adres zamieszkania)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA
PRAWNEGO**

Oświadczam, że

akceptuję Pana/Panią

.....
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

¹ Właściwie podkreślić