Bielawa, dnia …………………………….

**…………………………………………………..**

Imię i nazwisko uczestnika

………………………………………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………………………………..

nr telefonu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” – EDYCJA 2024

Oświadczam, że:

[ ]  na asystenta wskazuję:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………..

nr telefonu:…………………………………………..e-mail:……………………………………………………...

Wskazana osoba:

* nie jest moim opiekunem prawnym, nie jest członkiem mojej rodziny (na potrzeby realizacji Programu, za członków rodziny uznać należy rodziców, dzieci, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą
w stosunku przysposobienia z uczestnikiem,
* jest przygotowana do świadczenia usług asystencji osobistej.

[ ]  Nie wskazuję asystenta.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zgłaszających się do uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024.

 ………………………………………………

 podpis uczestnika