

.....

(miejsowość i data)

.....

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

.....

(adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan  
..... nie jest członkiem mojej rodziny, nie  
jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....

(podpis Uczestnika Programu)