



Włoszczowa, dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany

będący uczestnikiem programu/rodzicem/opiekunem prawnym nieletniej/nieletniego*

.....

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana

do realizacji usług asystenckich względem mojej osoby/mojego dziecka/podopiecznego.

Podpis uczestnika
programu/rodzica/opiekuna prawnego
uczestnika Programu

*Nie potrzebne skreślić