**Załącznik nr 4**
do Regulamin rekrutacji i udziału w Programie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

……
(miejscowość i data)

……..
(imię i nazwisko )

…….
(adres zamieszkania)

……
Nr telefonu

# OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU OSOBY DO REALIZACJI USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia roli asystenta osobistego Pan/Pani …….

…….

**(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu osoby wskazanej)**

spełnia warunki wynikające z Programu dotyczące realizacji usług asystencji osobistej i jest odpowiednio przygotowany/a do realizacji wobec mnie usług asystencji osobistej.

……

(podpis osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego)