

Załącznik nr 2
do Regulaminu Programu
„Gminny Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” na rok 2026

Miejscowość

Data

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

Akceptacja osoby asystenta ze strony rodzica lub opiekuna prawnego osoby małoletniej z niepełnosprawnością

Oświadczam, że jako rodzic / opiekun prawny (niewłaściwe skreślić), akceptuję
Panią / Pana świadczącego
usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla małoletniego
....., zgodnie
z zapisami programu osłonowego „Gminny Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” na rok 2026.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: