............................................

(miejscowość i data)

..................................................................

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.................................................................

.................................................................

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

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

\*zaznaczyć właściwe

.......................................................

(podpis Uczestnika Programu)