



Program finansowany ze środków  
Funduszu Solidarnościowego



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

## OŚWIADCZENIE

Ja,..... oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami i wytycznymi Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

Data i podpis Zleceniobiorcy