*Załącznik Nr 6 do Regulaminu Programu*
*„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością „*
*dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025*

Miejscowość, data .....

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

.....
(Adres zamieszkania)

**AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO ZE STRONY UCZESTNIKA /RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, ……

uczestnik/ rodzic/opiekun prawny* uczestnika Programu (imię i nazwisko)

……..

akceptuję Panią/Pana…….

jako osobę, która będzie świadczyła usługi asystencji w ramach Programu.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

*właściwe podkreślić

*Zadanie publiczne „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”*
*dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – Edycja 2025*
*jest zadaniem finansowanym ze środków Funduszu Solidarnościowego*
*otrzymanych od Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.*