Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

***Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego***

 Gaszowice,…..…………………………………

…………………………………………………………….……….………….…………..

(Imię i nazwisko odbiorcy/czyni programu/ opiekuna prawnego)

………………………………………………….…………………………….…………………….

(adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………….…………….

(numer telefonu)

**DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA**

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

[ ]  mojego

**lub**

[ ]  osoby, dla której jestem opiekunem prawnym (*imię i nazwisko*:.……………………………………….…………):

Imię i nazwisko asystenta/ki: …………………………………………………………………………………………………………………
Telefon:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..
E-mail: ....................................................................................................................................................

……………..…………………………………………………………….

 (podpis odbiorcy programu /opiekuna prawnego)

 …………………………….…………………………………………………………

 W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia ustnego: podpis osoby przyjmującej deklarację