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

(miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

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

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

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

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

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

(podpis Uczestnika Programu)