................................................................................. Wyśmierzyce, dnia ………………...….

 imię i nazwisko

zam. ………………………………………………………………………

…………………….………………………………………………………..

Imię i nazwisko uczestnika programu: …………………………………….…………………………

**OŚWIADCZENIE**

**kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024**

Ja, niżej podpisany/a **oświadczam, że** **nie jestem członkiem rodziny, ani** **nie pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym** z uczestnikiem programu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Imię i nazwisko uczestnika programu

 ………………………………………….………….………………………..

 podpis

\*za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów, macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu