

Załącznik nr 5

**do Regulaminu przyjmowania zgłoszeń oraz
uczestnictwa w Programie „Asystent osobisty
osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025**

Kraków,

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego)¹

.....
(adres zamieszkania)

AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że akceptuję

Pana/Panią

.....
(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

¹ Właściwe podkreślić