Załącznik nr 9 do Regulaminu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

**OŚWIADCZENIE**

Ja…………………………………………………………………………………., oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

……………………………………….…

(Data i podpis składającego oświadczenie)