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)