



Załącznik Nr 2 do Regulaminu rekrutacji

**Oświadczenie dotyczące kandydata na Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej**

*(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)*

W związku z realizacją projektu „Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących teren Powiatu Monieckiego”

ja, niżej podpisany/a .....wskazuję na

(imię i nazwisko)

Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej Panią / Pana .....,

(imię i nazwisko Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej)

zamieszkałego .....

.....

(czytelny podpis)