

Szamotuły, data.....

.....  
( Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**  
( o chęci uczestnictwa w programie )

Ja niżej podpisana, ..... wyrażam chęć, by  
( imię i nazwisko)  
skorzystać z udziału w programie Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością- edycja 2026, dla  
jednostek samorządu terytorialnego.

.....  
( podpis uczestnika programu)