

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem świadczenia i korzystania z usług Asystenta Osobistego Osoby z Niepełnosprawnościami w ramach Programu *„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*” wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Bukowsku z dnia 8 grudnia 2025r.

Bukowsko, dnia.....

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

