**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

Rekrutacji i udziału w Programie

„Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Olszanica, dnia …………………

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgłaszając uczestnictwo w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 r., zapoznałem/zapoznałam się z Programem „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 oraz z treścią Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, który obowiązuje w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Olszanicy podczas realizacji usługi asystencji osobistej.

…………………………………………………………

Czytelny Podpis osoby/uczestnika Programu/opiekuna prawnego