

.....  
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....  
adres

.....  
telefon kontaktowy

.....

**Oświadczenie o akceptacji osoby asystenta osobistego  
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2026**

Ja, niżej podpisany/a jako rodzic/opiekun prawny dziecka, oświadczam, że wyrażam zgodę na

wyznaczenie Pana/Pani .....  
(imię i nazwisko asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)

do świadczenia usług asystencji osobistej na rzecz mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu  
Terytorialnego – edycja 2026.

Akceptuję tę osobę jako asystenta osobistego i wyrażam zgodę na realizację usług asystenckich  
zgodnie z założeniami Programu.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)