

Załącznik nr 3 do Regulamin rekrutacji i udziału w Programie
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent
osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego – edycja 2026

**Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego – edycja 2026 finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego**

.....
Data i miejscowość

.....
(Imię i nazwisko odbiorcy/czyni programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU ASYSTENTA

Wskazuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

mojego

lub

osoby, dla której jestem opiekunem prawnym (*imię i nazwisko:.....*):

Imię i nazwisko asystenta/ki:

Telefon:.....

E-mail:

.....
(podpis odbiorcy programu /opiekuna prawnego)

.....
W przypadku składania przez odbiorcę oświadczenia
ustnego: podpis osoby przyjmującej deklarację