**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

 Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią ………………………………………………………………………………..,

  **Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością**

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością**

...…………………………………………………………

**Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego**