**WZÓR nr 3**

**Oświadczenie w sprawie akceptacji przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka**

**osoby asystenta**

Ja ………………………………………………………………………………………………..

oświadczam, że akceptuję Panią/Pana ………………………………………………………….

do pełnienia usługi asystencji mojego dziecka …………………………………………………

zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

………….……………………….

(data i podpis)