**WZÓR nr 7**

**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 2025

 ………….……………………….

 (data i podpis)