**WZÓR nr 6**

**Oświadczenie osoby niepełnosprawnej dot. przygotowania osoby wskazanej do realizacji**

 **usługi asystencji**

Ja ………………………………….. oświadczam, że Pan/Pani ………………………….……

jest/nie jest odpowiednio przygotowany/a do pełnienia usługi asystencji mojego dziecka …………………………………………….…. / mojej osoby …………………………………

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

Pan/Pani ………………………………………………………………………………………...

spełnia niezbędne warunki do świadczenia usługi asystencji ustalone w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 określone w pkt. IV p. 4 ust.1,2,3,

 …………………………….

 (data i podpis)