

.....  
imię i nazwisko Uczestnika Programu

Bartoszyce, dn. ....

ul. ....

11-200 Bartoszyce

### **OŚWIADCZENIE**

**Uczestnika Programu o zapoznaniu się z *Regulaminem wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026***

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią *Regulaminu wyboru Uczestników i realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2026* oraz akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....  
czytelny podpis Uczestnika Programu