Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

GOPS Białe Błota

……., dnia ……

OŚWIADCZENIE

Ja, ……., oświadczam, że
(imię i nazwisko)
zapoznałam/em się z Programem „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

……
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)