……..., dnia ……

OŚWIADCZENIE

Ja, ……., oświadczam, że
(imię i nazwisko)
zapoznałam/em się z Programem „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

…….
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)