



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią,
Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego