

Olkusz, data _____

**OŚWIADCZENIE
dotyczące Regulaminu**

Ja _____ niżej _____ podpisany/podpisana _____
.....
/imię i nazwisko/

oświadczam, zapoznałam/em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I KWALIFIKACJI DO PROGRAMU „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” DLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO - EDYCJA 2025, FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU SOLIDARNOŚCIOWEGO ORAZ REALIZACJI ŚWIADCZENIA USŁUGI ASYSTENTA PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W OLKUSZU.

(Podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)