**………………………………………… …………………...**

**Imię i Nazwisko Miejscowość, data**

**..........................................**

**Adres zamieszkania**

**…………………………………………**

**Numer telefonu**

**AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

 Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią ………………………………………………………………………………..,

  **Imię i nazwisko asystenta osoby niepełnosprawnej**

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

…………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej**

...…………………………………………………………

**Podpis rodzica osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego**