



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
Imię i Nazwisko

Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuje Pana/Panią

.....
Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

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