

Załącznik Nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału
w Programie „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2026 dla mieszkańców Gminy
Libiąż.

OŚWIADCZENIE o zapoznaniu się z Regulaminem

Ja, niżej podpisany/a, działając w imieniu:

.....
(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam zgodność powyższych danych i prawdziwość złożonego oświadczenia.

.....

Miejscowość, data
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)