



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam, iż akceptuję 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