



OŚWIADCZENIE

Rodzica/opiekuna prawnego uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 dotyczące asystenta osobistego:

Ja niżej podpisany (a) :

Imię i nazwisko.....

telefon.....

zamieszkały(a).....,

będący rodzicem/opiekunem prawnym niżej wskazanej osoby z niepełnosprawnością:

.....,

pouczony(a) o odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam:

W związku z ubieganiem się o korzystanie z usług asystenckich w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023 finansowanego z Funduszu Solidarnościowego, oświadczam, że niniejszym akceptuję niżej wymienioną osobę:

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E- mail:

do świadczenia usług asystenckich – usług asystencji osobistej dla mojego dziecka/podopiecznego.

Jednocześnie mam świadomość, że warunkiem zaangażowania ww. asystenta przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile jest przedłożenie przez asystenta Oświadczenia kandydata o spełnieniu warunków niezbędnych do objęcia stanowiska asystenta osoby z niepełnosprawnością, zaświadczenia o niekaralności oraz uzyskanie w odniesieniu do asystenta pisemnej informacji o niefigurowaniu asystenta w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym.

Miejscowość, data

.....

(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)