

.....
Imię i nazwisko
rodzica dziecka/opiekuna prawnego
uczestnika programu

.....
Miejscowość i data

.....
Nr PESEL rodzica dziecka/opiekuna prawnego
uczestnika programu

**PROGRAM „ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością – Edycja 2024”
O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany, akceptuję Panią/Pana

.....
imię i nazwisko

do świadczenia usług w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością- Edycja 2024” dla
mojego dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka z niepełnosprawnością

.....
Podpis rodzica dziecka/opiekuna prawnego
uczestnika programu

Składanie fałszywego oświadczenia jest przestępstwem i podlega odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.) – „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

