

## OŚWIADCZENIE

Zostałam/em poinformowana/y o możliwości skorzystania ze wsparcia asystenta rodziny w ramach realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem".

.....

**(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)**

.....

**(data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)**