



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią*

Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

do pełnienia funkcji asystenta na rzecz

Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

.....
Podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić