



Program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 - wsparcie finansowe ze środków pochodzących z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie

o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie czynności określonych
w zapytaniu ofertowym

Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

.....
(podpis Wykonawcy)