



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)

(miejscowość, data)

(adres zamieszkania)

Oświadczenie

o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie czynności określonych
w naborze do Programu

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

(podpis)