



## OŚWIADCZENIE

o akceptacji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością dla dziecka do 16 roku życia w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025

Ja, ..... będący rodzicem\*/  
(imię i nazwisko)

opiekunem prawnym\*nieletniej/nieletniego.....  
(imię i nazwisko)

niniejszym oświadczam, że akceptuję Panią/Pana .....  
(imię i nazwisko)

do realizacji usług asystencji osobistej względem mojego dziecka/podopiecznego.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Zgodnie z Rozdziałem IV ust. 8 Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2025 od osoby, która ma świadczyć usługi asystencji osobistej na rzecz dzieci niepełnosprawnych do 16. roku życia wymaga się **zaświadczenia o niekaralności.**

Fundacja Przemijanie pobiera też informację o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym.

\* niepotrzebne skreślić