

Dynów,.....

.....
(Imię i nazwisko uczestnika programu/ opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

DEKLARACJA WYBORU I AKCEPTACJA ASYSTENTA

Wskazuję i akceptuję niżej wymienioną osobę do pełnienia funkcji asystenta osobistego:

wybranego przeze mnie

Imię i nazwisko asystenta:

.....
Telefon

asystenta:.....

.....
(podpis uczestnika programu)

.....
podpis osoby przyjmującej deklarację