

Rypin, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zgłaszając się do uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 r. zapoznałam/-em się z treścią Programu oraz Regulaminem Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie dotyczącym realizacji usług w ramach Programu.

.....

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego