

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Płocku

nr .....

Płock, dnia.....

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)