

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Płocku

nr

Płock, dnia.....

.....

(podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)