



Formularz dla opiekuna prawnego *osoby zainteresowanej udziałem w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

I. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Podstawa ustanowienia opieki (np. orzeczenie sądu, data, sygnatura)

.....

.....

II. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024.
2. Przyjmuję do wiadomości informację o przetwarzaniu danych osobowych w związku z reprezentowaniem przeze mnie uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

*** Do oświadczenia należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa notarialnego, orzeczenia lub zaświadczenia z Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**