Załącznik nr 1 do Regulaminu

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 2024 r. zapoznałam/-em się z treścią Programu oraz Regulaminem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rypinie dotyczącym realizacji usług w ramach Programu.

…………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego