



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej

tel: 32 77 16 301
tel: 32 77 16 321,

fax: 32 77 16 305 BIP: ops.bip.chorzow.eu ; e-mail: ops@opschorzow.pl

.....
(miejscowość i data)

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej
Pani/Pan nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest
moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....
(podpis Uczestnika Programu)