……
imię i nazwisko

……...
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania

……
numer telefonu

AKCEPTACJA ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Oświadczam, iż akceptuję Pana/Panią

……
imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

do pełnienia funkcji asystenta osobistego na rzecz

……
imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

……...……
podpis rodzica osoby z niepełnosprawnością lub jej opiekuna prawnego