



.....
Miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko

PESEL

Ja niżej podpisany oświadczam, że jestem/nie jestem członkiem rodziny/ opiekunem prawnym zamieszkującym wraz z uczestnikiem programu AOOD, tj. z Panią/Panem

Imię i nazwisko

PESEL,

której/któremu świadczyć będę usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Podpis oświadczającego