Załącznik nr 1 do Regulaminu

 Iwonicz-Zdrój, 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 Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iwoniczu-Zdroju dotyczącym realizacji usług w ramach Programu.

…………………………………………………

Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego