



Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 finansowany jest ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego.

Załącznik nr 1 do Regulaminu określającego zasady realizacji
Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego
– edycja 2024 w mieście Leszno.

Zgłoszenie udziału do Programu

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

II. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem określającym zasady realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 w mieście Leszno.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pracownika socjalnego Wywiadu diagnostycznego w miejscu zamieszkania.

Miejscowość

.....

Data

.....

Podpis Kandydata do Programu

.....