

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data)

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu kontaktowego)

### **Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/ny..... oświadczam,  
że nie ubiegam się o przyznanie wsparcia w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby  
z Niepełnosprawnością – Edycja 2026” w mieście/gminie miejsca mojego zamieszkania.

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)