*Dotyczy Programu*

*Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*

 *„Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  edycja 2025*

 Skoczów, …………………………

 ……………………………………………………………

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego\*)

 ……………………………………………………………

 (adres zamieszkania)

**AKCEPTACJA OSOBY ASYSTENTA ZE STRONY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, że akceptuję

Pana/Panią

 ………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko kandydata na asystenta)

do pełnienia funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2025.

 ………………………………………………………

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* Właściwe podkreślić