



Oświadczenie

W przypadku zakwalifikowania do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2026 realizowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym w Zamościu mojego dziecka znając jego potrzeby akceptuję na asystenta osobistego Panią/Pana.....

Data:

Imię i nazwisko wypełniającego: