Lipsko, dnia ………………………

……………………………………………

(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego )

……………………………………………

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie**

Nie wybieram asystenta

Wybieram asystenta

Akceptuję Panią/-na ……………………………………………………………   
 *(imię i nazwisko asystenta)*

na asystenta, który będzie świadczył usługi asystencji osobistej

na rzecz …………………………………………………………………  
 *(imię i nazwisko dziecka do 16 r.ż. z orzeczoną niepełnosprawnością)*

……………………………………………………………….

*(data i podpis uczestnika rodzica/opiekuna prawnego)*