

.....  
Imię i nazwisko

.....  
.....  
adres

**OŚWIADCZENIE**  
**O BRAKU POWIĄZAŃ RODZINNYCH I NIEPOZOSTAWANIU WE WSPÓLNYM**  
**GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z UCZESTNIKIEM PROGRAMU**

Oświadczam, że nie jestem spokrewniony/a i nie zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem, programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnościami” edycja 2024.

**Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(czytelny podpis asystenta)

.....  
(miejscowość, data)