

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

O Ś W I A D C Z E N I E

(dot. umowy świadczenia usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia na pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, oświadczam, że nie jestem opiekunem prawnym, nie łączy mnie pokrewieństwo (tzn. nie jestem wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem) z uczestnikiem Projektu Panem/Panią (imię i nazwisko uczestnika Programu) oraz nie zamieszkuję razem z w/w uczestnikiem Programu.

.....
(podpis)