**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” w Gminie Wschowa - edycja 2023.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2023 realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.

……….………………...….. ……...........……………………..

 miejscowość, data czytelny podpis