**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego w Gminie Wschowa - edycja 2024.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 realizowany jest ze środków Funduszu Solidarnościowego.

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

 miejscowość, data czytelny podpis