

Bydgoszcz, dnia.....2024r.

## OŚWIADCZENIE

Ja, ....., oświadczam, że  
( *imię i nazwisko* )  
zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby  
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

.....  
*Czytelny podpis składającego oświadczenie*