



PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA

Ja niżej podpisany.....

legitymujący się dowodem osobistym

.....

oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym/rodzicem.....

i wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w projekcie pn. „Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu ząbkowickiego”

.....

(czytelny podpis)