



Załącznik nr 5 do Regulaminu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

Lubawa, dnia.....

**Oświadczenie o rezygnacji  
Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2023**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

Pouczony/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny- za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

1. Rezygnuje z wsparcia w formie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej finansowanej ze środków Funduszu Solidarnościowego, realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa od dnia ..... z powodu.....
2. **Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

.....  
Data i podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego

.....  
(data i podpis przyjmującego oświadczenie)