



Załącznik nr 6 do Regulaminu Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego” - edycja 2024 w Gminie Wiejskiej Lubawa realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa.

....., dnia.....

**Oświadczenie o rezygnacji z programu
Uczestnika Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek
Samorządu Terytorialnego”- edycja 2024**

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:

Rezygnuje z wsparcia w formie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego”- edycja 2024 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa

od dnia

z powodu.....

- 1. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenia .**

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

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