

**Rezygnacja z uczestnictwa
w Programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego- edycja 2025**

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko.....

Zamieszkały/a.....

Telefon.....

W związku z korzystaniem z usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025 realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa, oświadczam, że rezygnuje z wsparcia w formie usługi asystencji osobistej od

dnia

z powodu.....

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

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