*Załącznik Nr 3 Regulaminu*

………………………………………………… Myślibórz, ……………………………
 Imię i nazwisko (data)
(uczestnika lub opiekuna prawnego)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
w Powiecie Myśliborskim**

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Realizacji Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
w Powiecie Myśliborskim.

 ………………………………………………………….
 (podpis)