………………………..

 Imię i nazwisko

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Regulaminu** **Udziału w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w gminie Łapy**

Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Udziału w programie „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w gminie Łapy

 …………………………………

 ( podpis)