Zadanie publiczne sfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych otrzymanych za pośrednictwem Województwa Mazowieckiego.

Kijanka dnia ……..r.

Oświadczenie wskazanego kandydata na asystenta

Ja, wyżej wymieniony/a
……, oświadczam, że:

1. **Nie jestem opiekunem prawnym, członkiem rodziny oraz nie zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem programu.** (Za członków rodziny uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, zięcia, synową, macochę, ojczyma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z odbiorcą programu).
2. Oświadczam, iż nie byłam(em) skazana(y) za przestępstwa popełnione umyślnie i nie figuruję, jako osoba skazana, w Krajowym Rejestrze Karnym.
3. Wyrażam zgodę na pracę w charakterze asystenta osobistego dla Pana/Pani…….. w ramach zadania „Usługi asystencji osobistej dla mieszkańców Powiatu Lipskiego – edycja 2025" realizowanego w okresie od 01.08.2025 do 15.12.2025 roku.

……..…

(podpis wskazanego asystenta)