

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Telefon.....

## Wstępna deklaracja uczestnictwa

Po zapoznaniu się z ofertą realizacji zadania dotyczącego Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej wyrażam chęć uczestnictwa w kolejnych etapach rekrutacji.

- Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności  
w stopniu umiarkowanym   
w stopniu znacznym
- Oświadczam, że nie uczestniczę w innych zadaniach dotyczących działania  
Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej
- Oświadczam, że zamieszkuję powiat olkuski

.....

*Miejscowość, data*

.....

*Podpis Uczestnika Projektu*