



**Zgłoszenie udziału do Programu**  
**„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023**

**I. Dane uczestnika Programu:**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

**II. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem określającym zasady realizacji programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023 w mieście Leszno.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez pracownika socjalnego Wywiadu diagnostycznego w miejscu zamieszkania.

Miejscowość

.....

Data

.....

Podpis Kandydata do Programu

.....