**OŚWIADCZENIE**

(dot. umowy świadczenia usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej )

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia na pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, **oświadczam, że** nie jestem opiekunem prawnym, nie łączy mnie pokrewieństwo (tzn. nie jestem wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobą pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem) z uczestnikiem Projektu

Panem/Panią …...................................................................... (imię i nazwisko uczestnika Programu) oraz nie zamieszkuję razem z w/w uczestnikiem Programu.

………………………………………………………

(podpis asystenta)



*Zadanie jest realizowane przez Gminę Mysłakowice i jest współfinansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026*