………………………………………………… ……………………………………………

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

POZWALAJĄCYM NA ŚWIADCZENIE USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ Niniejszym oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na świadczenie usługi asystenta osobistego

osoby niepełnosprawnej na podstawie umowy zlecenie.



…………………..………………………….

(podpis kandydata)

*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*