



**Załącznik nr 3 do umowy**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(Imię i nazwisko Uczestnika Programu)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/ Pan  
..... nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim  
opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

.....  
(podpis Uczestnika Programu)