

Bydgoszcz, dnia.....2024r.

OŚWIADCZENIE

Ja,, oświadczam, że
(*imię i nazwisko*)
zapoznałem/am się z regulaminem Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie