

### OŚWIADCZENIE

podmiotu przyjmującego zlecenie realizacji zadania z zakresu pomocy społecznej pod nazwą:

**„Świadczenie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”**

Nazwa wykonawcy:

.....  
.....  
.....

Adres:

.....  
.....

Oświadczamy, że usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością będą świadczone przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje.

.....

data i podpis  
osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu