

Załącznik Nr 1 do Regulaminu określającego zasady przyjmowania zgłoszeń, kwalifikacji uczestników oraz realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026 w gminie Miasto Sieradz

Oświadczenie o braku pokrewieństwa pomiędzy uczestnikiem a wskazanym asystentem

Niniejszym oświadczam, że wskazany przeze mnie asystent.....

(imię i nazwisko)

nie jest członkiem mojej rodziny – wstępnym oraz zstępnym, krewnym w linii bocznej, małżonkiem, wstępnym oraz zstępnym małżonka, krewnym w linii bocznej małżonka, zięciem, synową, macochą, ojczymem oraz osobą pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia ze mną.

.....

Czytelny podpis kandydata na uczestnika lub opiekuna prawnego