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

(miejscowość i data)

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

(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE**

**(dot. umowy świadczenia usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością)**

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia na pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby Z niepełnosprawnością, oświadczam, że nie jestem opiekunem prawnym, nie łączy mnie pokrewieństwo (tzn. nie jestem współmałżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, siostrą/bratem ani powinowatym w linii bocznej) z uczestnikiem Projektu Panem/Panią ......................................................................... (imię i nazwisko uczestnika Programu) oraz nie zamieszkuję razem z w/w uczestnikiem Programu.

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

 (czytelny podpis)