Zakopane, dnia ……………………………….

……………………………………………………………………

/imię i nazwisko uczestnika/

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

/adres zamieszkania/

…………………………………..………………………………..

/tel. kontaktowy/

……………………………………………………………………

/dane opiekuna prawnego – jeśli dotyczy/

**Do Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**

**w Zakopanem**

Niniejszym deklaruję chęć udziału w ramach Programu „Asystent osobisty osoby   
z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026.

Wskazuję asystenta osobistego: **TAK ☐ / NIE ☐**

Jeżeli **TAK**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

……………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

/czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego/