

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI ASYSTENTA

Ja, niżej podpisany/a _____,
rodzic / opiekun prawny małoletniego:

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: _____

wyrażam zgodę na świadczenie usług asystencji osobistej przez:

Imię i nazwisko asystenta: _____

Numer telefonu: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o obowiązku spełnienia przez asystenta wymogów określonych w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

Miejscowość: _____ Data: _____

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: