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

(miejscowość i data)

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

(Imię i nazwisko uczestnika Programu)

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

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

(adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE**

 Świadom(a) odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, który brzmi: „Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam że wskazany przeze mnie Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej Pani/Pan .................................................................. nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest moim opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuje razem ze mną.

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

(podpis uczestnika Programu)