



POWIAT DZIERŻONIOWSKI

*Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2021  
realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego*

Dzierżonów, dnia .....

.....  
imię i nazwisko kandydata

**OŚWIADCZENIE**

W związku z ubieganiem się o wykonywanie usług asystenckich dla osób niepełnosprawnych w ramach Programu „**Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - edycja 2021**” w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie, oświadczam, że:

1. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
2. korzystam z pełni praw publicznych,
3. nie byłem(-am) skazany(-a) prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;

.....  
Czytelny podpis osoby  
składającej oświadczenie

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i  
Ochrony Zdrowia w Dzierżonowie  
ul. Piastowska 1  
58-200 Dzierżonów

E-mail: [pcpr@pcprdzierzoniow.pl](mailto:pcpr@pcprdzierzoniow.pl)  
strona internetowa:  
<http://pcprdzierzoniow.pl>

Tel. 74 833 98 95  
lub 74 833 98 96