



**WNIOSEK O OTRZYMANIE WSPARCIA ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
W RAMACH PROJEKTU
„Mamy POWER do działania!” (POWR.01.03.01-00-0073/18)**

Ja, niżej podpisany/-na,
legitymujący/-ca się numerem PESEL, zamieszkały/-ła
w

zwracam się do Organizatora projektu z prośbą o udzielenie wsparcia w postaci Asystenta osoby z niepełnosprawnością.

Wymagany zakres wsparcia:

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

Uzasadnienie:

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

.....
(data i podpis Uczestnika/-czki projektu)