

Zgłoszenie kandydata na AOON

„LUS – Lokalne Usługi Społeczne dla mieszkańców Aglomeracji Konińskiej”

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU:

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Wskazuję kandydata do pełnienia roli Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Miejscowość, data

.....
(Podpis uczestnika Programu/opiekuna)