Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam **formularz przetwarzania danych osobowych w ramach Programu** Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023, finansowanego z Fundusz Solidarnościowego.

………………………………….

Data i czytelny podpis