Fundusze Europejskie Program Regionalny | SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

……..……

Miejscowość, data

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

Ja....., legitymująca/y się dowodem osobistym..... nr ....., wydanym w dniu ....., przez ....., PESEL ....., zamieszkała/y w..... przy ul. .....,

wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „Wsparcie dla osób starszych niesamodzielnych i niepełnosprawnych z terenu gminy Wyrzysk – II edycja" (nr RPWP.07.02.02-30-0091/17) mojego syna/ córki/ podopiecznej/go*:

imię i nazwisko:…… PESEL ....., zamieszkałej/łego w..... przy ul. .....

……..……

Czytelny podpis UP

*niepotrzebne skreślić