

Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że: (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję)

☐ posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu),

☐ posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu, (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie),

☐ jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu lub jego opiekuna prawnego, aby świadczyć usługę asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, nad którą będę sprawował asystenturę.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”- edycja 2022.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszeniowej do programu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość, data

.....
(podpis kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej)

