

| |
|----------------|
| WYPEŁNIA ORGAN |
| Numer sprawy: |
| Data wpływu: |



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT
KRAPKOWICKI
W SERCU OPOLSZCZYZNY
www.powiatkrapkowicki.pl

Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020

I. Dane kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon: E-mail:

II. Informacje o posiadanych kwalifikacjach (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

- dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dyplomu),
- wykształcenie przynajmniej średnie oraz udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie oraz kopię świadectwa szkolnego lub zaświadczenie o posiadanym wykształceniu).

III. Oświadczenia:

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 2019-2020 (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 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”,

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 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)