

KARTA ZGŁOSZENIOWA

na świadczenie usługi Asystenta do Programu:

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

I. Dane:

Imię i nazwisko Asystenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że jestem / nie jestem równocześnie zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej ¹⁾

Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani nie zamieszkuję razem z osobą z niepełnosprawnościami, nad którą będę sprawował/a asystenturę,

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu (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.

Miejscowość, data

.....
(Podpis Asystenta Programu)

¹⁾ niepotrzebne skreślić