…………………………………………………………….
Imię i nazwisko kandydata na asystenta

**OŚWIADCZENIE ASYSTENTA – PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023**

Oświadczam, że:

Podejmuję się realizacji usług asystencji osobistej względem………………………………………………………...

Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Znam treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.

Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób pełniących funkcję Asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

|  |
| --- |
| Podpis  |