**Karta zgłoszenia kandydata na asystenta osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024.**

 **Dane kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:**

Imię i nazwisko:......................................................................................................

Data urodzenia: .....................................................................................................

Adres zamieszkania: ...............................................................................................

Telefon: ...........................................................E-mail: ...........................................

**Informacje o posiadanych kwalifikacjach (proszę zaznaczyć):**

□ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej/ opiekun osoby starszej/ opiekun medyczny/ pedagog/ psycholog/terapeuta zajęciowy/ pielęgniarka/ siostra PCK/ fizjoterapeuta (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kserokopię dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje)

 □ udokumentowane co najmniej 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokument potwierdzający posiadane doświadczenie)

□ jestem kandydatem wskazanym przez uczestnika Programu

 …………………………………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko uczestnika Programu)

**Oświadczenia:**

1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (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).

2) Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja2024.

Miejscowość .....................................,

Data .......................................…

 ..................................................................

 (podpis kandydata)