

**Karta zgłoszenia do świadczenia usług opieki wytchnieniowej  
w ramach do Programu „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

**I. Dane usługodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Informacje na temat wykształcenia i posiadanego doświadczenia (nie dotyczy osoby  
wskazanej przez uczestnika Programu):**

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

**III. Do wniosku dołączam:**

dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;

udokumentowane doświadczenie, co najmniej 6-miesięczne, w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;

jestem osobą wskazaną przez uczestnika Programu.

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Miejscowość....., dnia .....

.....

(Podpis usługodawcy)