

**Karta zgłoszenia do świadczenia usług opieki wytchnieniowej
w ramach do Programu „Opieka wytchnieniowa”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

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 2024 (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 2024.

Miejscowość....., dnia

.....

(Podpis usługodawcy)