**Karta zgłoszenia kandydata na świadczenie usługi asystenta osoby niepełnosprawnej do Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej" – edycja 2019-2020**

**I. Dane:**

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

Data i miejsce urodzenia: …………………………………………….……………………………….

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

Telefon: …………………………………………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………………………………………….

**II. Oświadczenia:**

Oświadczam, że **nie jestem** członkiem rodziny, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, wobec której będę świadczył usługę asystenta.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (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).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”.

**III. Załączniki:**

* Kopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej,
* Kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie co najmniej średnie i a także co najmniej rocznego, udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Miejscowość ……………………………., data ………..………

…………………..………………………………………….

 (podpis kandydata)