

Oświadczenie

W związku z obowiązkiem stosowania się do zapisów Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025, finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego, którego realizatorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Mazowieckim, oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o obowiązku sprawdzenia mojej osoby w Rejestrze Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym.

Zgodnie z przywołanym powyżej Programem istnieje obowiązek sprawdzenia każdej osoby, która świadczyć będzie usługi asystencji osobistej na rzecz dzieci.

Dane do Rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym:

PESEL	
IMIĘ	
NAZWISKO	
NAZWISKO RODOWE	
IMIĘ OJCA	
IMIĘ MATKI	
DATA URODZENIA	

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)