



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Karta zgłoszenia do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025

I. Dane asystenta w Programie:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania: Telefon:

.....

E-mail:

II. Informacje na temat wykształcenia i posiadanego doświadczenia:

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

III. Oświadczenia:

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 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 „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.

Oświadczam, że świadczę/nie świadczę usług asystenckich z Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2025 w innej instytucji. O każdej zmianie zobowiązuję się poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej.

Miejscowość, data

.....

(Podpis asystenta)