

.....
(miejsowość i data)

.....
imię i nazwisko osoby wskazanej

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

Oświadczenie osoby wskazanej na realizację usługi opieki wytchnieniowej

Oświadczam, iż wyrażam zgodę i gotowość do realizacji usługi opieki wytchnieniowej dla Pani /Pana /dziecka:

-
1. Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny¹ kandydata
 2. Oświadczam, że
 - a) posiadam potwierdzone dokumentem kwalifikacje w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta lub
 - b) posiadam co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu
 3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, w tym danych do umowy – zlecenia (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
podpis osoby wskazanej

¹ za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, małżonka, rodzeństwo, teściów, macochę, ojczyrna oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem