

.....  
(miejsowość i data)

.....  
imię i nazwisko osoby wskazanej na asystenta

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon

### **Oświadczenie osoby wskazanej na asystenta**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę i gotowość do pełnienia roli asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością tj. Pani /Pana /dziecka:

- .....
1. Oświadczam, że nie jestem członkiem rodziny<sup>1</sup> 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 „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” 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 na asystenta

---

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