**Karta zgłoszenia osoby zainteresowanej świadczeniem usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa" dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**

**Dane kandydata:**

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

Data urodzenia: .....................................................................................................

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

Telefon: ...........................................................E-mail: ...........................................

**Informacje o posiadanych kwalifikacjach (proszę zaznaczyć):**

□ dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej/ pielęgniarka/ siostra PCK/ opiekun osoby starszej/ opiekun medyczny/ pedagog/ psycholog/ terapeuta zajęciowy/ fizjoterapeuta (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kserokopię dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje)

□ udokumentowane co najmniej 6 - miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom
z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu itp. Doświadczenie
w udzielaniu bezpośredniej pomocy powinno zostać udokumentowane zaświadczeniem lub kserokopią umowy - o pracę, zlecenia lub o dzieło (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokument potwierdzający posiadane doświadczenie)

□ jestem kandydatem wskazanym przez uczestnika Programu

…………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko uczestnika Programu)

**Oświadczenia:**

1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (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).

2) Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Miejscowość .....................................,

Data .......................................…

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

 (podpis kandydata)