

.....
(miejsowość i data)

.....
Imię i nazwisko osoby wskazanej

.....
adres zamieszkania

.....
Telefon

Oświadczenie osoby wskazanej na opiekuna

Oświadczam, iż wyrażam zgodę i gotowość do pełnienia roli tj. Pani/ Pana/ dziecka:

.....
oraz, że spełniłam wymagania określone w rozdz. V pkt. 7.1 lub 7.2 Program „Opieka wytchnieniowa”- edycja 2023)* co zaświadczam dołączonym dokumentem:

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa”-edycja 2023, w tym danych do umowy- zlecenia (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2019 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 2019r. poz.1781).

.....
podpis osoby wskazanej na opiekuna

*Usługi opieki wytchnieniowej mogą świadczyć osoby:

- 1) osoby posiadające dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/ pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej (wynikający z karty zgłoszenia, której wzór stanowi załącznik nr 7 do Programu) lub
- 2) posiadające co najmniej 6- miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu(...)