

Raba Wyżna , dnia

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE ASYSTENTA – PROGRAM „ASYSTENT OSOBISTY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ” – EDYCJA 2023

Oświadczam, że:

- Podejmuję się realizacji usług asystencji osobistej względem .
- Posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta lub co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.
- Znam treść Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- Jestem świadomy/świadoma, że realizator Programu może dokonywać doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich.
- Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym przeze mnie zakresie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rabie Wyżnej w celu realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.
- Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób pełniących funkcję Asystenta w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023.

Z tytułu świadczenia usług asystencji osobistej oczekuję wynagrodzenia w wysokości złotych brutto za godzinę pracy **łącznie z kosztami pracodawcy** (słownie: brutto).

Podpis