

Ośrodek Pomocy Społecznej w Grabowcu
Karta zgłoszeniowa kandydata na opiekuna do programu
„Opieka wytchnieniowa” - edycja 2024”

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- korzystam z pełni praw publicznych,
- posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usług opieki wytchnieniowej nad osobą niepełnosprawną,

Dołączam:

- dokumenty poświadczające wykształcenie, ukończone kursy (do karty zgłoszeniowej należy załączyć kopię dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje),
- dokumenty poświadczające doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie udzielania wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (do karty zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty potwierdzające posiadane doświadczenie).

Oświadczenia:

- "Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)".
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią programu "Opieka wytchnieniowa" edycja 2024 oraz z „Klauzulą informacyjną RODO” załącznik nr 12 do Programu.

Powyższe oświadczenia składam pouczony/pouczona o odpowiedzialności karnej za ich prawdziwość (art 233 § 1 Kodeksu Karnego)

Miejscowość i data Podpis kandydata.....