

**KARTA ZGŁOSZENIOWA  
KANDYDATA NA SPRAWOWANIE OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ**

**DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIE USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA : .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

TELEFON: .....

E-mail: .....

Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria (do karty zgłoszeniowej należy załączyć oświadczenie):

- ☐ posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- ☐ korzystam z pełni praw publicznych.

Dołączam (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję):

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

Oświadczam, że moja dyspozycyjność i możliwość pracy przedstawia się następująco:

|              |               |               |
|--------------|---------------|---------------|
| Poniedziałek | od godz. .... | do godz. .... |
| Wtorek       | od godz. .... | do godz. .... |
| Środa        | od godz. .... | do godz. .... |
| Czwartek     | od godz. .... | do godz. .... |
| Piątek       | od godz. .... | do godz. .... |
| Sobota       | od godz. .... | do godz. .... |
| Niedziela    | od godz. .... | do godz. .... |

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2015 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).*

.....  
(czytelny podpis)