

Karta zgłoszeniowa kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej

Dane osoby ubiegającej się o świadczenie usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

1. Wykształcenie (gdy jest ono niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku)

.....
.....

(nazwa szkoły i rok jej ukończenia)

.....

(zawód, specjalność, stopień naukowy, tytuł zawodowy, tytuł naukowy)

2. Kwalifikacje zawodowe (gdy są one niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku (kursy, studia podyplomowe lub inne formy uzupełnienia wiedzy lub umiejętności)

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

3. Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (gdy jest ono niezbędne do wykonywania pracy określonego rodzaju pracy lub na określonym stanowisku)

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

(okresy zatrudnienia u kolejnych pracodawców oraz zajmowane stanowiska pracy)

4. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych

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

(prawo jazdy, inne uprawnienia)

5. 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).

6. 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 asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.

7. Oświadczam, że

- zapoznałam/em się z treścią programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025.
- zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną RODO w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” - edycja 2025 załącznik nr 15 do Programu.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o zawartych w ofercie pracy dla potrzeb procesu rekrutacji.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym ogłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” 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 2019 r. poz. 1781).

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

Miejscowość i data

Podpis kandydata.....