

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

## OŚWIADCZENIE

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” - edycja 2023 realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej ja niżej podpisany/a oświadczam, że

**jestem zatrudniony na umowę o pracę w Caritas Archidiecezji Katowickiej lub jednostce organizacyjnej pod nazwą:**

.....  
Moje zaangażowanie w ramach stosunku pracy pozwala na prawidłowe i efektywne wykonywanie zadań w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej w programie „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami - edycja 2023 na świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że łączne zaangażowanie w realizację zadań wykonywanych zarówno na podstawie umowy o pracę jak również umowy cywilnoprawnej nie przekracza 276 godzin miesięcznie i zobowiązuję się prowadzić ewidencję godzin oraz zadań wykonanych w ramach programu.

.....  
(czytelny podpis asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)