

.....  
(Imię i nazwisko asystenta osobistego)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

## **OŚWIADCZENIE O POSIADANIU KWALIFIKACJI DO REALIZACJI**

### **USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2023, realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na następujących kierunkach (podkreślić właściwe):

o asystent osoby niepełnosprawnej,

o opiekun osoby starszej,

o opiekun medyczny,

o pedagog,

o psycholog,

o terapeuta zajęciowy,

o pielęgniarka,

o fizjoterapeuta.

**Na potwierdzenie spełnienia ww. warunku załączam dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji np. dyplom, świadectwo.**

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