

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

.....
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU KWALIFIKACJI DO REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCHNINIOWEJ

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, realizowanego przez Caritas Archidiecezji Katowickiej ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na następujących kierunkach (podkreślić właściwe):

- ☐ asystent osoby niepełnosprawnej,
- ☐ opiekun osoby starszej,
- ☐ opiekun medyczny,
- ☐ pedagog,
- ☐ psycholog,
- ☐ terapeuta zajęciowy,
- ☐ pielęgniarka,
- ☐ siostra PCK
- ☐ fizjoterapeuta.

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

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