

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

.....
(numer telefonu)

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UDOKUMENTOWANEGO DOŚWIADCZENIA W REALIZACJI USŁUG OPIEKI WYTCNINIOWEJ

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 co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

Na potwierdzenie posiadania doświadczenia załączam referencje / umowę lub inny dokument wskazujący spełnienie ww. warunku.

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