



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych



caritas  
ARCHIDIECEZJI  
KATOWICKIEJ

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

.....  
(numer telefonu)

## **OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UDOKUMENTOWANEGO DOŚWIADCZENIA W REALIZACJI USŁUG ASYSTENCJI OSOBISTEJ**

W związku z ubieganiem się o pełnienie funkcji asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w ramach projektu „Twój asystent – wspólna siła”, 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)