

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

.....
(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 projektu „Razem różnie!” realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im. Św. Jana Pawła II w ramach konkursu „Wspieramy aktywność” nr 1/2024 na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ja niżej podpisany/a oświadczam, że posiadam dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji na następujących kierunkach (*proszę zaznaczyć znakiem X właściwe*):

☐ asystent osoby niepełnosprawnej,

☐ opiekun osoby starszej,

☐ opiekun medyczny,

☐ pedagog,

☐ psycholog,

☐ terapeuta zajęciowy,

☐ pielęgniarka,

☐ siostra PCK

☐ fizjoterapeuta.

☐ inny zawód lub specjalność o charakterze medycznym lub opiekuńczym

(jaki?).....

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

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