

.....
(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 Programu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025, realizowanego przez Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Mikołowie 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)