



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



Asystent

**Karta zgłoszenia do Programu  
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego  
edycja 2025**

**I. Dane Asystenta:**

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**II. Jeżeli asystent posiada dodatkowe kwalifikacje, proszę podać informacje na temat wykształcenia i posiadanego doświadczenia:**

.....  
.....  
.....  
.....

**III. Do wniosku dołączam:**

- dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
- udokumentowane doświadczenie, co najmniej 6-miesięczne, w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu;
- udokumentowane doświadczenie, wskazane przez uczestnika lub jego opiekuna prawnego, pod warunkiem, że osoba wskazana spełnia przynajmniej jeden z warunków, o których mowa w pkt 1 lub 2.
- brak

**III. Oświadczenia:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025 (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2025.

Miejscowość ....., data .....

.....  
(Podpis asystenta)