

DEKLARACJA WSTĘPNA
do Programu pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko | |
| Data urodzenia | |
| Adres zamieszkania | |
| Telefon kontaktowy | |
| Stopień niepełnosprawności | |
| Niepełnosprawność sprzężona | TAK / NIE |
| Status na rynku pracy | |
| Dane opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego | <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Imię i nazwisko</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Tel. kontaktowy</p> |

1. Wyrażam zgodę przetwarzanie wyżej przedstawionych danych osobowych w związku z diagnozą do Programu pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”– dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Niedźwiedziu

.....
Miejscowość, data

.....
podpis