**

**Karta zgłoszenia ASYSTENT**

**Program: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”– edycja 2020**

**I. Dane kandydata na ASYSTENTA:**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Data urodzenia: ………………………………………….

Adres zamieszkania: ……………………………………..

Telefon: …………………………………………………

E-mail: ………………………………………………….

Posiadane uprawnienia, umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Informacje na temat doświadczenia w opiece osób niepełnosprawnych:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Dodatkowe informacje (ewentualny czas pracy, prawo jazdy,):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*……………………………………………………..*

*Podpis kandydata*