**Karta zgłoszenia kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie opieki dziennej w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu**

**„Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022**

**I. Dane uczestnika Programu:**

Imię i nazwisko uczestnika Programu: …………………………………………..

Adres zamieszkania: ……………………………………..

**II. Dane opiekuna prawnego uczestnika Programu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Programu: ………………………………………

**III. Dane kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu:**

Imię i nazwisko: …………………………………………..

Telefon: …………………………………………………

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Programu/rodzica/opiekuna prawnego)

**IV. Oświadczenie kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego   
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej do Programu:**

Potwierdzam, że zostałam/łem poinformowana/ny przez wyżej wymienionego uczestnika Programu/opiekuna prawnego uczestnika Programu o przekazaniu do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu moich danych osobowych (w zakresie: imię, nazwisko, telefon) jako kandydata do pełnienia usługi opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej w Programie „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022.[[1]](#footnote-1)

Miejscowość ………………………………., data ……………….

..…………………………………………………………………….

(Podpis kandydatado pełnienia usługi opieki wytchnieniowej)

1. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie BIP MOPS w Sosnowcu w zakładce Ochrona danych osobowych [↑](#footnote-ref-1)