



Powiat Prudnicki



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej



## Karta zgłoszenia asystenta w Programie

„Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024

### I. Dane Opiekuna:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

### II. Informacje na temat wykształcenia i posiadanego doświadczenia:

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

### III. Oświadczenia:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 (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 „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.

Miejscowość , data .....

(Podpis opiekuna)