………………………………

*(Miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE**

 Imię i nazwisko: ………………………………………………………………

 PESEL: ………………………………………………………………………...

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

 Pan/Pani (imię i nazwisko) ……………………………………………………

 PESEL: …………………………………………………………………………

 Sprawował bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną w okresie

 Od ……………………………… do ………………………………. .

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 (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 niepełnosprawnej” – edycja 2021.

…………………………………..

Podpis oświadczającego