Ząbkowice Śląskie, ……………………

……………………………………...

(imię i nazwisko)

……………………………………….

(adres)

……………………………………….

(nr telefonu)

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, iż posiadam wymagane kwalifikacje i co najmniej co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym do podjęcia pracy w charakterze asystenta/opiekuna osoby niepełnosprawnej wymagane w programie „zDolny Asystent 2023”.

……………………………………………….

 podpis kandydata/-tki