

**DEKLARACJA WSTĘPNA**  
do Programu pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek  
Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Niepełnosprawność (orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub traktowane na równi zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> St. ZNACZNY z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> St. ZNACZNY <input type="checkbox"/> St. UMIARKOWANY z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> St. UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> DZIECKO od uk. 2 roku życia do uk. 16 roku życia
Status na rynku pracy	
Dane opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego	<p style="text-align: center;">..... Imię i nazwisko .....</p> <p style="text-align: center;">..... Tel. Kontaktowy .....</p>

1. Wyrażam zgodę przetwarzanie wyżej przedstawionych danych osobowych w związku z diagnozą do Programu pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami przetwarzania danych osobowych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Czempiniu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis