Podanie o zawarcie umowy cywilnoprawnej w zakresie: asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością

w ramach resortowego Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2024

(**wzór)**

**Imię i nazwisko**

**Adres zamieszkania**

**Nr telefonu**

**Adres email**

 **Do Zarządu Stowarzyszenia
 Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym
 „Krok za krokiem” w Zamościu**

**Podanie o zawarcie umowy cywilnoprawnej w zakresie: asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnością**

Zwracam się z prośbą o zatrudnienie mnie poprzez zawarcie umowy cywilnoprawnej w zakresie: asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością w ramach resortowego Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością” – edycja 2024.

* Posiadam następujące wykształcenie/doświadczenie praktyczne w zakresie asystowania osobie z niepełnosprawnością: (proszę opisać jakie)……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Posiadam inne istotne z punktu widzenia zakresu obowiązków kwalifikacje (np. kursy) i umiejętności (proszę opisać jakie)……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Jestem zatrudniony w innych placówkach/projektach (proszę podać wymiar zatrudnienia): ……………………………………………………………………………………………………………..
* Jestem zainteresowany przyjęciem zlecenia na (podać ilość godzin/miesiąc):………………………………………………………………………………………………………….
* Jestem dyspozycyjny w następujących dniach (podać konkretne dni wraz
z godzinowym przedziałem czasowym)………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………

* Moją motywację do podjęcia tego rodzaju pracy jest: …………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….……………………………………………………….

* W jakiej odległości mieszkam od uczestnika projektu:………………………………………………

Oświadczam że,

* Znam treść Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych
* Posiadam znajomość zasad Programu Asystent Osobisty Osoby
z Niepełnosprawnością – edycja 2023
* Nie byłem karany z powodu przestępstw na tle seksualnym oraz przemocy
* Jestem świadomy obciążeń fizycznych, psychicznych i odpowiedzialności za zdrowie i życie osoby ode mnie zależnej)
* Jestem świadomy, że w przypadku swojej choroby zakaźnej lub nawet jej podejrzeń ani w przypadku , gdy ktoś z moich domowników choruje/jest w izolacji z racji zakażenia koronawirusem nie mogę w tym czasie świadczyć usług asystenta.
* Zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania zasad reżimu sanitarnego.
* Jestem świadomy, że wykonywanie zlecenia oraz przedstawione karty czasu pracy i rachunki będą poddane kontroli przez zleceniodawcę.

………………………………………………………………………

 ( Data i podpis )

Załączniki:
(Do podania można dołączyć CV, kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane wykształcenie i kwalifikacje, rekomendacje itp.)