



ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej

1. Dane identyfikacyjne

Nazwisko, imię (Osoby Niepełnosprawnej/dziecka)	
Nazwisko, imię (opiekuna)	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Rodzaj schorzenia (O.N.)	
Wiek (O.N.)	
Zainteresowania (O.N)	

2. Oczekiwania wobec Asystenta:

- towarzyszenie w drodze na zajęcia
- współudział w rehabilitacji
- wspólne spędzanie czasu wolnego
- towarzyszenie w zajęciach terapeutycznych
- Inne.....

3. Tygodniowy oczekiwany czas pracy asystenta:

- poniedziałek - od godz do godz...../liczba godzin
- wtorek - od godz do godz...../liczba godzin
- środa - od godz do godz...../liczba godzin
- czwartek - od godz do godz...../liczba godzin
- piątek - od godz do godz...../liczba godzin
- sobota - od godz do godz...../liczba godzin

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy o ochronie danych osobowych”.

.....

.....

Podpis Osoby Niepełnosprawnej

Podpis Opiekuna

