



PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Informacje ogólne

Imię:.....

Nazwisko:.....

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Miejsce zamieszkania:

Terenmiejski/wiejski:.....

Data urodzenia:

PESEL:

Wiek:.....

Wykształcenie:.....

Status na rynku pracy:.....

Doświadczenie w pracy z ON w organizacjach pozarządowych:.....

Osoba niepełnosprawna: tak nie



PROGRAM ROZWOJU SYSTEMU USŁUG ASYSTENCKICH NA TERENIE POWIATU ZĄBKOWICKIEGO
Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
RPO WD na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne,
Działanie 9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych

Informacje dodatkowe

Wymiar czasu pracy w jakim mogę pracować jako asystent/asystentka

- w pełnym wymiarze czasu pracy (do 40 h tygodniowo)
- w niepełnym wymiarze czasu pracy – maksymalnie h tygodniowo

Dni tygodnia i godziny w jakich mogę pracować jako asystent/asystentka

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

Okoliczności, które mogą mi utrudniać pracę w charakterze asystenta/asystentki osoby niepełnosprawnej ?

- Brak Tak, jakie?
-

Opis moich doświadczeń, inne niż zawodowe, dotyczących opieki/świadczenia usług na rzecz osób z niepełnosprawnością:

.....

.....

.....

.....
data i podpis Kandydata/Kandydatki