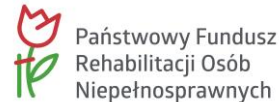




Fundacja Promocja Zdrowia

**„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”**



**DANE OSOBOWE kandydata na ASYSTENTA**

Imię i Nazwisko -----

PESEL -----

Imiona Rodziców -----

Data urodzenia -----miejsce -----obywatelstwo-----

Adres zameldowania ulica (dzielnica) -----

Kod, Miasto / Województwo -----

Powiat ----- Gmina -----

Adres zamieszkania -----

Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi (zakres świadczonej pomocy, rodzaj niepełnosprawności)

.....  
.....  
.....  
.....

Wykształcenie: .....

Czy jest orzeczenie o niepełnosprawności - TAK/ NIE która grupa -----

Oddział Kasy Chorych (NFZ) -----

Urząd Skarbowy -----

Konto bankowe -----

e-mail: telefon -----

Termin rozpoczęcia umowy \_\_\_\_\_

**Oświadczenie dla celów ubezpieczeniowych**

**Oświadczam, iż**

Jestem zatrudniona/y na etacie ... TAK/NIE

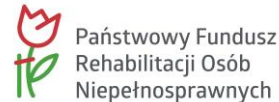
Wykonuję pracę na umowę -zlecenie TAK/NIE

Prowadzę działalność gospodarczą -TAK/NIE , jeśli tak jakie składki opłacam



Fundacja Promocja Zdrowia

**„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”**



Jestem studentem / studentką TAK / NIE

Jestem emerytem / rencistą TAK / NIE

Czy jest pobierana renta/emerytura TAK/ NIE

Osiągam wynagrodzenie wyższe niż najniższa krajowa (więcej niż 3.010,00 brutto) TAK / NIE

**(niewłaściwe skreślić)**

O wszelkich zmianach dot . każdego zatrudnienia zobowiązuję się powiadomić na bieżąco.

Dane podane wyżej podlegają ochronie prawnej na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133/97 poz.. 883). Niniejszym upoważniam zleceniodawcę do przetwarzania moich danych osobowych – obecnie i w przyszłości w celach ewidencyjnych, podatkowych i ubezpieczeniowych związanych z realizacją zawartej umowy.

.....  
data i podpis zatrudnianego