



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Słupsk

**Deklaracja uczestnictwa w szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy
przedmedycznej/posiadania certyfikatu ukończenia pierwszej pomocy
przedmedycznej***

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia w ramach świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich deklaruję:

- ☐ uczestnictwo w szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej realizowanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku i oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że certyfikat ukończenia szkolenia z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku zostanie wydany po podpisaniu umowy zlecenia.
- ☐ posiadanie certyfikatu ukończonego wcześniej kursu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, który przedkładałam w załączeniu.

.....
(data i czytelny podpis kandydata do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich)

*niepotrzebne skreślić



O Ś W I A D C Z E N I A

W związku z chęcią zawarcia umowy zlecenia w ramach pełnienia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich:

- ☐ oświadczam, że nie jestem opiekunem prawnym, nie łączy mnie pokrewieństwo (tzn. nie jestem współmałżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, siostrą/bratem ani powinowatym w linii bocznej) z uczestnikiem programu „Korpus Wsparcia Seniorów w Mieście Słupsku” na rok 2024 z Panem/Panią.....
(imię i nazwisko uczestnika programu) oraz nie zamieszkuję razem z w/w uczestnikiem programu.
- ☐ oświadczam, że jestem zdolna/zdolna* pod względem psychofizycznym do świadczenia usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich.
- ☐ oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych. Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§1 Kodeksu Karnego (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz.1600) - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
data i czytelny podpis kandydata na osobę świadczącą
usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Słupsk

O Ś W I A D C Z E N I E

W związku z chęcią przystąpienia do programu „Korpus Wsparcia Seniorów w Mieście Słupsku” edycja 2024, oświadczam, że akceptuję Panią/Pana* jako osobę, która będzie świadczyła dla mnie usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie mojego imienia, nazwiska, adresu i numeru telefonu dla ww. osoby w celu realizacji sąsiedzkich usług opiekuńczych.

.....

Data i podpis osoby na rzecz której świadczone będą usługi opiekuńcze
w formie usług sąsiedzkich

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku akceptuje
Panią/Pana*..... jako osobę, która będzie świadczyć
usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich na rzecz
Pana/Pani*.....

.....

Data i podpis Koordynatora

Akceptuję

.....

*niepotrzebne skreślić