

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie „A” w ramach pilotażowego programu „SPRAWNY DOJAZD”

O Ś W I A D C Z E N I E **Opiekuna - kierowcy**

dla: **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

w celu: realizacji pilotażowego programu „SPRAWNY DOJAZD”

Ja niżej podpisany (a)
(imiona i nazwisko)

zamieszkały (a): • • -• • •
(miejscowość)

ulica nr domu, nr mieszkania
legitymujący(a) się dowodem osobistym Seria Numer

wystawionym w dniu przez

PESEL

zobowiązuję się do wykonywania obowiązków Opiekuna - kierowcy na rzecz

..... – w związku z każdą zgłoszoną przez
(imię i nazwisko)

nią/niego potrzebą transportową.

Oświadczam także, że:

- 1) wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.),
- 2) pisemnie poinformuję Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o rezygnacji z wykonywania obowiązków Opiekuna-kierowcy.

....., data
(miejscowość)

.....
(podpis Opiekuna - kierowcy)

Oświadczenie Wnioskodawcy:

Oświadczam, że w przypadku rezygnacji z wykonywania na moją rzecz obowiązków Opiekuna – kierowcy przez wyżej wymienioną/ego, zobowiązuję się poinformować Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych o przejęciu tych obowiązków przez nowego Opiekuna-kierowcę i do złożenia aktualnego „Oświadczenia Opiekuna – kierowcy”.

....., data
(miejscowość)

.....
(podpis Wnioskodawcy)