

Załącznik nr 1 do Rozeznania aplikacyjnego

**FORMULARZ APLIKACYJNY NA STANOWISKO
OPIEKUNA/OPIEKUNKI OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

.....

Adres e-mail:

.....

Posiadam prawo jazdy kat. B - nr prawa

Posiadam samochód z możliwością wykorzystania dla celów zawodowych*: Tak/Nie

Ja niżej podpisany/na składam ofertę na realizację zadania opisanego w rozeznaniu aplikacyjnym nr HOSP/FEdŚ/1/2024

Propozycja cenowa kwota brutto/ miesiąc – umowa o pracę 1 etat:

Słownie:

.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami określonymi w rozeznaniu aplikacyjnym i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń . Zadania wykonam z należytą starannością.

W załączeniu przedkładam*:

- życiorys zawodowy

- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje

- inne:

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić

