**KWESTIONARIUSZ**

**kwalifikacji do pełnienia usług opieki wytchnieniowej**

……………………………………………..……….….

 (Imię i nazwisko)

…………………………………………………………

 (PESEL)

……………………………………………..……….….

 (adres zamieszkania)

……………………………………………..……….….

 (telefon, email)

**Wykształcenie:**

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

**Doświadczenie w udzielaniu pomocy osobom niepełnosprawnym (data/y udzielanej pomocy):**

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

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

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

**Wykaz dokumentów poświadczających doświadczenie zawodowe:**

1. ................................................................................................................................................................

2. ................................................................................................................................................................

3. ................................................................................................................................................................

4. ................................................................................................................................................................

5. ................................................................................................................................................................

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

 (data i podpis)