***Załącznik nr 3*** *do Regulaminu rekrutacji i udziału w Programie: „Korpus Wsparcia Seniora” – w zakresie usługi Teleopieki –* ***Oświadczenie Odbiorcy wsparcia i Opiekuna faktycznego w programie***

***Oświadczenie Odbiorcy wsparcia***

W zawiązku z przystąpieniem do Programu pn. „Korpus wsparcia seniora”, kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem Teleopaski zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa może nastąpić pod numerem telefonu:

….................................................................................................................................................................................

Kontakt ze mną może być także realizowany w formie e-mail: TAK / NIE (proszę właściwe zakreślić)

adres e-mail: …..........................................................................................................................................................

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie informacji o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, w tym na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem Teleopaski – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania.:

imię i nazwisko Opiekuna: …....................................................................................................................................

adres Opiekuna: ….....................................................................................................................................................

nr telefonu Opiekuna: …...........................................................................................................................................

e-mail Opiekuna (opcjonalnie): ….............................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS ODBIORCY WSPARCIA**Oświadczenie Opiekuna Faktycznego** |
|  |  |

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji Opiekuna faktycznego dla ………………………………………………………………………………………………………………………… w Programie „Korpus Wsparcia Seniora” w zakresie usługi Teleopieki.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………………………………… |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA FAKTYCZNEGO W PROGRAMIE  |