

OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA

W związku z przystąpieniem do Programu pn. „**Korpus Wsparcia Seniorów**” na rok 2025 dla **mieszkańców Gminy Wyszaków** oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Opieki na odległość w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa zgodnie z warunkami zawartej przeze mnie umowy uczestnictwa.

Kontakt ze mną 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 przekazanie informacji o stanie mojego zdrowia oraz samopoczucia, w tym na kontaktowanie się ze strony Centrum Monitoringu ze wskazaną przeze mnie Osobą do kontaktu we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie – za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa – nagłego pogorszenia samopoczucia lub zachowania i przekazywania osobie do kontaktu wszelkich danych o moim stanie zdrowia:

imię i nazwisko osoby do kontaktu:

nr telefonu osoby do kontaktu:

e-mail osoby do kontaktu (opcjonalnie):

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS ODBIORCY WSPARCIA