

## OŚWIADCZENIE WOLONTARIUSZA

Wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń jako wolontariusz w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Gdańsku.

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i spełniam wymagania odpowiednie do rodzaju zakresu wykonywanych świadczeń (jeśli są wymagane), w związku z powyższym zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i akceptuję Zasady Świadczeń Wolontariusza.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługujących mi prawach i ciążących na mnie o obowiązkach oraz zapewniono mi dostępność tych informacji.

Oświadczam, iż jestem/nie jestem\* objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Oświadczam, że zwalniam/nie zwalniam\* Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku w całości/części \*..... (podać procentowo) z obowiązku pokrycia kosztów podróży służbowych i diet.

.....  
Miejscowość/ data.....

.....  
podpis wolontariusza

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić