Załącznik nr 8 do Regulaminu

**FORMULARZ WERYFIKACJI PREDYSPOZYCJI AOON**

**ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **O KANDYDACIE** | |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rekomendacja Psychologa/Doradca: | | |
| Czy kandydat/ka posiada doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego. | TAK | NIE |
| Czy kandydat/ka odbył/a minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składało się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat. | TAK | NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weryfikacja predyspozycji Kandydata | | |
|  | | |
| Czy kandydat uzyskał pozytywną opinię psychologa | TAK | NIE |

……………………………………………………………………..….  
Data i podpis doradcy zawodowego/psychologa