Nowa Sól, ……..………2022 r.

**Dane do weryfikacji kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym**

Imię i nazwisko kandydata …………………………………………………………………….

Numer PESEL ………………………………………………………………………………….

Nazwisko rodowe kandydata .....………………………………………………………………

Imię ojca kandydata …………………………………………………………………….……..

Imię matki kandydata …………………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………………………………………………………

**……………………………………………………**

*/Czytelny podpis kandydata na asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej/*