……………………………………..

……………………………………..

……………………………………..

 (Imię, nazwisko, PESEL)

**Miejsko – Gminny Ośrodek**

 **Pomocy Społecznej w Koluszkach**

**ul. Brzezińska 32**

**95-040 Koluszki**

**WYKAZ POSIADANEGO DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

w pracy z grupą docelową tj. osobami niesamodzielnymi, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | adres instytucji | miejsce  | okres zatrudnienia |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

........................., dn. ....................... ............................................................

 ( czytelny podpis )