

Pieczęć Oddziału PFRON:	Pieczęć Realizatora programu:
-------------------------	-------------------------------

Arkusz oceny Eksperta PFRON dotyczący szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” <u>(druga wizyta)</u>
Obszar C Zadanie nr 3 - pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY
Imię Nazwisko
Dowód osobisty seria numer
PESEL

OCENA EKSPERTA PFRON	
Funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z podjęciem/kontynuowaniem pracy:	☐ pozytywna ☐ negatywna
Zgodność poziomu jakości wykonanej protezy (użyte rozwiązania, materiały, komponenty):	☐ pozytywna ☐ negatywna

Uzasadnienie i ewentualne uwagi/zalecenia Eksperta PFRON:

<u>Deklaracja bezstronności</u> <u>Oświadczam, że:</u> - nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą, - nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających podmiotów oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku Wnioskodawcy, - nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy, - nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności. <u>Zobowiązuje się do:</u> - ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, - spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, - niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, - zrezygnowania z opiniowania wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.	Data drugiej wizyty: pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON
--	--