

Pieczęć Oddziału PFRON:

Pieczęć Realizatora programu:

**C3 – ARKUSZ OCENY EKSPERTA PFRON – DRUGA WIZYTA**

dotyczy szans na aktywizację zawodową Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

**DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty – seria\_numer .....

PESEL:            **OCENA EKSPERTA PFRON**

Funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/podjęciem/kontynuowaniem pracy:

pozytywna

negatywna

Zgodność poziomu jakości wykonanej protezy (użyte rozwiązania, materiały, komponenty):

pozytywna

negatywna

**Uzasadnienie i ewentualne uwagi/zalecenia Eksperta PFRON:****Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) 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,
- 2) 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,
- 3) 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,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- 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,
- zrzeczenia się z opinii wniosku Wnioskodawcy w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

**Data drugiej wizyty:**

pieczętka i podpis EKSPERTA PFRON