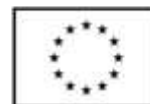




Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

Tytuł projektu	„NIE JESTEŚMY SAMI – CZŁOWIEK DLA CZŁOWIEKA”
Numer projektu	RPWP.07.02.01-IZ-00-30-001/15
Oś priorytetowa	7. Włączenie społeczne
Działanie	7.2. Usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie	7.2.1. Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne

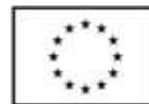
UWAGA: Formularz rekrutacyjny należy wypełnić zgodnie z prawdą i stanem faktycznym, czytelnie, drukowanymi literami (wypełnia się wszystkie poniższe pola).

DANE UCZESTNIKA	
Imiona	
Nazwisko	
Numer PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
DANE KONTAKTOWE	
Ulica, nr domu i nr lokalu lub miejscowość i nr domu	
Kod pocztowy i miejscowość pocztowa	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
Telefony kontaktowe	telefon komórkowy: telefon stacjonarny: e-mail:



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DODATKOWE INFORMACJE	
Dodatkowe dane <u>wypełnia uczestnik</u>	Jestem osobą: a/ niesamodzielną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE b/ niepełnosprawną: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE c) zamieszkującą z członkiem rodziny w wieku aktywności zawodowej: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE d) zamieszkującą z członkiem rodziny powyżej 65 r. ż. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE e) zamieszkuję z członkiem rodziny o II i III stopniu niepełnosprawności lub z zaburzeniami psychicznymi: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe dane <u>wypełnia pracownik socialny</u>	a) Osoba z zaburzeniami psychicznymi: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE b) Osoba spełniająca kryteria dochodowe: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE c) Osoba posiadająca I lub II grupę niepełnosprawności <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam niniejszym, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 z późniejszymi zmianami).

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą, oraz że zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego informowania Projektodawcy o każdej ich zmianie podczas udziału w projekcie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

UWAGA:

Do FORMULARZA REKRUTACYJNEGO należy obowiązkowo załączyć:

- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności (w przypadku osób z niepełnosprawnością).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika projektu)