Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu:

„SAMODZIELNI POMIMO WSZYSTKO“

|  |
| --- |
| *Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie (Oferent)* |
| **Nr formularza:** | **Data wpływu:** | **Podpis przyjmującego zgłoszenie:** |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do zadania:**

**„SAMODZIELNI POMIMO WSZYSTKO“**

**realizowanego przez**

**Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans "Więź", ul. Arkońska 17-18, Szczecin, lok. U4 U5**

**Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim, elektronicznie lub odręcznie, drukowanymi literami.**

**Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.**

**W miejscu** □ **należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** |  kobieta |  mężczyzna |
| **Data urodzenia** |  |
| **Pesel** |  |
| **Seria i numer dowodu osobistego** |  |
| **Dowód osobisty wydany przez** |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1) (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego)** |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Gmina** |  | **Poczta** |  |
| **Województwo** |  | **Powiat** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE (jeśli są inne niż adres zamieszkania)** |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Gmina** |  | **Poczta** |  |
| **Województwo** |  | **Powiat** |  |

|  |
| --- |
| **OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności** |  |
| **Rodzaj niepełnosprawności (opisać wraz z symbolem niepełnosprawności)** |  |

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA***(proszę zaznaczyć X rodzaj wsparcia, w którym jest Pani/Pan zainteresowana wziąć udział –jest możliwość udziału jednocześnie w kilku rodzajach wsparcia)* |
| **WARSZTATY INFORMATYCZNE** |  |
| **WARSZTATY JĘZYKA ANGIELSKIEGO**  | Poziom podstawowy Poziom średniozaawansowany Poziom zaawansowany  |
| **WARSZTATY KULINOTERAPII**  |  |
| **SPOTKANIA GRUPOWE Z PRAWNIKIEM**  |  |
| **SPOTKANIA INDYWIDUALNE Z PRAWNIKIEM**  |  |
| **WARSZTATY ARTETERAPII**  |  |
| **WARSZTATY KOMUNIKACYJNE**  |  |
| **WARSZTATY TANECZNE**  |  |
| **ZAJĘCIA NORDIC WALKING**  |  |

**Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w zadaniu „SAMODZIELNI POMIMO WSZYSTKO“**

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Oferenta o ich zmianie.

2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu i spełniam warunki uczestnictwa w zadaniu „SAMODZIELNI POMIMO WSZYSTKO”.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem województwa Zachodniopomorskiego.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia, realizacji, monitoringu i ewaluacji zadania.

………………………...... ..........……………………………….

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata

*Formularz rekrutacyjny należy sparafować na każdej stronie i podpisać na ostatniej a nastepnie złożyć w oryginale w biurze Oferenta pod adresem:*

*Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans "Więź"*

*ul. Arkońska 17-18, Szczecin, lok. U4 U5*

**Załącznik do formularza rekrutacyjnego:**

1. **Orzeczenie o niepełnosprawności**
1. Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-1)