



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w zadaniu:
„SAMODZIELNI POMIMO WSZYSTKO“

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie (Oferent)</i>		
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.

Zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem województwa Zachodniopomorskiego



W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia	
Pesel	
Seria i numer dowodu osobistego	
Dowód osobisty wydany przez	

ADRES ZAMIESZKANIA 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	

¹ Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



Gmina		Pocztą	
Województwo		Powiat	

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

RODZAJ WSPARCIA	
<i>(proszę zaznaczyć X rodzaj wsparcia, w którym jest Pani/Pan zainteresowana wziąć udział –jest możliwość udziału jednocześnie w kilku rodzajach wsparcia)</i>	
WARSZTATY INFORMATYCZNE	<input type="checkbox"/>
WARSZTATY JĘZYKA ANGIELSKIEGO	Poziom podstawowy <input type="checkbox"/> Poziom średniozaawansowany <input type="checkbox"/> Poziom zaawansowany <input type="checkbox"/>
WARSZTATY KULINOTERAPII	<input type="checkbox"/>
SPOTKANIA GRUPOWE Z PRAWNIKIEM	<input type="checkbox"/>
SPOTKANIA INDYWIDUALNE Z PRAWNIKIEM	<input type="checkbox"/>



WARSZTATY ARTETERAPII	<input type="checkbox"/>
WARSZTATY KOMUNIKACYJNE	<input type="checkbox"/>
WARSZTATY TANECZNE	<input type="checkbox"/>
ZAJĘCIA NORDIC WALKING	<input type="checkbox"/>

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 sparażować na każdej stronie i podpisać na ostatniej a następnie 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