Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
**"WZROST KU AKTYWNOŚCI**”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**I. DANE OSOBOWE (**Proszę wypełnić drukowanymi literami)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  |
| **Wiek w chwili przystępowania**) **do projektu** (liczba ukończonych lat |  |
| **PESEL** |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| **Nr lokalu** |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY[[1]](#footnote-1)\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Województwo** |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**Dane rodzica / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | | |
| **Nazwisko** |  | | |
| **Rodzaj sprawowanej opieki**  **( zaznacz x)** | **Rodzic** | **Opiekun prawny** | **Przedstawiciel ustawowy** |
|  |  |  |
| **Adres zamieszkania** | Ulica/nr.domu/nr. lokalu |  | |
| Kod pocztowy/ Miejscowość |  | |
| Województwo |  | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | |

**INNE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? \* | TAK | NIE |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie *(wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)* |  | |

*\*w przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedstawia do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie przy niepełnosprawności sprzężonej*

**CZY KORZYSTAŁ/A PAN/PANI WCZEŚNIEJ Z PROJEKTÓW FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON?**

**Tak**

**Nie**

**JEŚLI TAK, TO Z JAKICH FORM WSPARCIA?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. **Orzeczenie o niepełnosprawności (tak/nie)** ................................................................….POUCZENIE – do projektu mogą przystąpić jedynie osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne.
2. **Oznaczenie w orzeczeniu o niepełnosprawności** ………........................................................................................................................……
3. **Stopień niepełnosprawności:**

…...............…... **grupa stopień (znaczny/umiarkowany/lekki)**..........….....………

**III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Oświadczam, że jestem / nie jestem\* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.**  Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego: | |
| *Imię i nazwisko* |  |
| *Dane kontaktowe* | **Ul. …………………..**  **Nr domu/ lokalu ……../…….**  **Kod pocztowy/ Miejscowość ……………../…………………………………**  **Tel. kontaktowy ………………………………………** |
| **2. Oświadczam,** że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego | |
| **3. Oświadczam,** że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „**WZROST KU AKTYWNOŚCI**” i spełniam warunki uczestnictwa. | |
| **4. Oświadczam** także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: " **WZROST KU AKTYWNOŚCI**” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | |
| **5. Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu " **WZROST KU AKTYWNOŚCI**”, na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.). | |
| **6. Oświadczam,** że równolegle nie biorę udziału w innym projekcie systemowym, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. | |

...................................................................................................................................

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS*

........................................................................... *PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO*[[2]](#footnote-2)

1. \* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądowo, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)