



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wspólne kolędowanie”**

**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
OSOBY Z OTOCZENIA I/LUB RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

.....
Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością

I. DANE OSOBOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć (Kobieta/Mężczyzna)	
Wiek w chwili przystępowania do projektu <i>(liczba ukończonych lat)</i>	
PESEL	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE:

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

ADRES KORESPONDENCYJNY I DANE KONTAKTOWE*:

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

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI:

1. 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

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „**Wspólne kołędowanie**” i spełniam warunki uczestnictwa.

3. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: "**Wspólne kołędowanie**" jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu "**Wspólne kołędowanie**", 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.).

5. Oświadczam, że równolegle nie biorę udziału w innym projekcie systemowym, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

6. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż wkład własny do projektu wynosi 5 zł za osobę.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS

* Niepotrzebne skreślić

.....
* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania.

REKRUTACJA
(wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)

Czy Pan/Pani jest osobą z otoczenia/rodziną zakwalifikowanej os. z niepełnosprawnością? ¹	TAK	NIE ²
Data złożenia formularza zgłoszeniowego		
Data uczestnictwa w spotkaniu wigilijnym w Warszawie / Mielnie / Orzyszu / nie dotyczy*		

Na podstawie przedstawionych do wglądu dokumentów:

1. dowód osobisty
2. inne

zaświadcza się, że kandydat/ ka **spełnia/nie spełnia*** warunki/ów uczestnictwa w projekcie.

Decyzja kwalifikacyjna **POZYTYWNA / NEGATYWNA***

.....
PODPIS OSOBY
ODPOWIEDZIALNEJ ZA REKRUTACJĘ

* Niepotrzebne skreślić

¹ W przypadku zakwalifikowania do projektu rekrutujący sprawdza złożony formularz przez osobę z niepełnosprawnością zawierający oświadczenie dot. zgłoszonych osób z otoczenia bądź rodzin.

² Jeśli NIE wypełnić tylko datę złożenia formularza