

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY
w projekcie "Twój Asystent!"
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety
w ramach konkursu "Działamy razem"

Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”)																						
Dane osobowe	Imię/Imiona																					
	Nazwisko																					
	PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu																						
Adres zamieszkania	Województwo																					
	Ulica																					
	Numer domu																					
	Numer lokalu																					
	Miejscowość																					
	Kod pocztowy																					
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy																					
	Adres (e-mail)																					
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)																					
Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia:																					
Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności	Znaczny , symbol.....	<input type="checkbox"/>																				
	Umiarkowany, symbol	<input type="checkbox"/>																				
	Lekki, symbol	<input type="checkbox"/>																				

Przyczyna niepełnosprawności	Naruszenie sprawności fizycznej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności psychicznej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności intelektualnej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności zmysłów	<input type="checkbox"/>
	Inna (proszę wskazać jaka:)	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że:

- nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w ramach kierunku pomocy 2 tj. *Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych* (konkurs *Działamy Razem*); typ projektu: *wsparcie realizowane poza placówką (świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej)*
- wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone/zostałam pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Zamieszkuję na terenie województwa małopolskiego pod wyżej wskazanym adresem.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/-tki