

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
w projekcie "Twój Asystent III"  
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety  
w ramach konkursu "Wspieramy aktywność"

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



<b>niepełnosprawności</b>	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"/>
<b>Wykształcenie</b>	niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>	
<b>Status na rynku pracy</b>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy zatrudniona <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy niezatrudniona <input type="checkbox"/> Osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona w ZAZ <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona w ZPCH <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/>	
<b>Uczestnictwo w Warsztatach terapii zajęciowej</b>	TAK NIE Absolwent WTZ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 Wspieramy aktywność)*; Typ projektu 4: Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające).
- 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 lub  
opiekuna prawnego/faktycznego