

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Część A. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Nazwisko											
Imię											
Data urodzenia					PŁEĆ		☐ kobieta ☐ mężczyzna				
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA											
Ulica							Nr domu		Nr lokalu		
Miejscowość											
Kod pocztowy			-				Pocztą				
Powiat							Województwo				
KRYTERIA FORMALNE											
☐ Uczestnik Projektu posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności											

Część B. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko											
Imię											
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA											
Ulica							Nr domu		Nr lokalu		
Miejscowość											
Kod pocztowy			-				Pocztą				
Powiat							Województwo				
DANE KONTAKTOWE											
Telefon stacjonarny							Telefon komórkowy				
Adres poczty elektronicznej (e-mail)											

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.

01.04.2023

Miejscowość

Data

Podpis

Data wpływu
formularza:

Podpis osoby
przyjmującej formularz:

Część C. OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisana/y	
posługująca/y się numerem PESEL	
świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że:	
– wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie danych osobowych podanych w formularzu do celów monitoringu oraz ewaluacji (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. z 2019 r., poz.1781 z późn. zm.) przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Realizatora Projektu – Stowarzyszenie Wspierania Dobrej Praktyki Pedagogicznej „Prodesse”	
– Uczestnik Projektu nie korzysta z innych programów wsparcia dofinansowywanych przez PFRON jeśli cel realizacji wsparcia pokrywa się celem projektu	
– zapoznałam/łem się i akceptuję treść regulaminu projektu „Działajmy razem w Szczawinkowie”	
– Uczestnik Projektu zamieszkuje (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie powiatu: ☐ zgierskiego ☐ miasta Łódź	
(miejscowość, data)	 (czytelny podpis)