

FORMULARZ WYPISU Z PROJEKTU

Część A. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Nazwisko													
Imię													
Data urodzenia				PŁEĆ			<input type="checkbox"/> kobieta			<input type="checkbox"/> mężczyzna			
PESEL													
ADRES ZAMIESZKANIA													
Ulica							Nr domu		Nr lokalu				
Miejscowość													
Kod pocztowy			-				Poczta						
Powiat							Województwo						
KRYTERIA FORMALNE													
<input type="checkbox"/> 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			-				Poczta						
Powiat							Województwo						
DANE KONTAKTOWE													
Telefon stacjonarny							Telefon komórkowy						
Adres poczty elektronicznej (e-mail)													

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.

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:	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 – In Posterum Non – Profit Sp. z o.o. - 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 „, - Uczestnik Projektu zamieszkuje (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie powiatu: <input type="checkbox"/> brzezińskiego <input type="checkbox"/> pabianickiego <input type="checkbox"/> łódzkiego wschodniego <input type="checkbox"/> miasta Łódź <input type="checkbox"/> zgierskiego 	
(miejscowość, data) (czytelny podpis)
DATA WYJŚCIA Z PROJEKTU