

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

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:	
– 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/tem 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)