

NIE WYPEŁNIAĆ!

Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ

DO PROJEKTU „ DBAJĄC O SIEBIE ZADBAM O ŻYCIE”

NR 6/2020/EFSG/9/2019

Należy uzupełnić wszystkie **niezaciemnione pola formularza** rekrutacyjnego oraz podpisać

**DEKLARACJĘ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE oraz OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Tytuł projektu:	„Dbając o siebie zadbam o życie”
Nr projektu:	6/2020/EFSG/9/2019

I. DANE UCZESTNIKA/KI – INDYWIDUALNI I PRACOWNICY INSTYTUCJI/PODMIOTÓW										
Imię/Imiona										
Nazwisko										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna									
Kraj	POLSKA			Województwo			Kujawsko-Pomorskie			
Powiat	<input type="checkbox"/> m. Bydgoszcz <input type="checkbox"/> bydgoski <input type="checkbox"/> nakielski <input checked="" type="checkbox"/> sępoleński <input type="checkbox"/> tucholski									
Gmina				Miejscowość						
Ulica				Numer budynku			Numer lokalu			
Kod pocztowy										
Telefon kontaktowy				E-mail						



DANE DODATKOWE – NIE WYPEŁNIAĆ

Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia
Dodatkowe informacje	
Data zakończenia udziału w projekcie	

DANE DOTYCZĄCE SCHORZEŃ

<p>Rodzaj schorzenia/niepełnosprawności</p> <p>Proszę zaznaczyć wiodące schorzenia</p>	<ul style="list-style-type: none">- niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/>- schorzenia neurologiczne<ul style="list-style-type: none">a. MPD (mózgowe porażenie dziecięce) <input type="checkbox"/>b. Padaczka <input type="checkbox"/>c. Niedowłady <input type="checkbox"/>d. encefalopatia <input type="checkbox"/>e. udary <input type="checkbox"/>f. wodogłowie <input type="checkbox"/>g. zaburzenia mowy <input type="checkbox"/>h. przeprasty <input type="checkbox"/>-choroby genetyczne<ul style="list-style-type: none">a. Zespół Downa <input type="checkbox"/>b. mukowiscydoza <input type="checkbox"/>c. dystrofia mięśniowa <input type="checkbox"/>schorzenia ortopedyczne<ul style="list-style-type: none">a. skolioza <input type="checkbox"/>b. zwichnięcia <input type="checkbox"/>c. niedorozwój kończyn <input type="checkbox"/>d. złamania <input type="checkbox"/>schorzenia krążeniowo- oddechowe<ul style="list-style-type: none">a. nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/>b. astma oskrzelowa <input type="checkbox"/>
---	---



Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/ki projektu ✓

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Orzeczenie o niepełnosprawności (kopia potwierdzona „za zgodność z oryginałem”)
2. Zaświadczenie o udziale w POPZ
7. Oświadczenie z OPS o trudnościach w integracji ze środowiskiem