

WNIOSEK KANDYDATA
 do udziału w projekcie Dzienny Dom „Senior+” w Gminie Gryfino

DANE OGÓLNE			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
PESEL			
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta	WIEK	
ADRES ZAMIESZKANIA/DANE KONTAKTOWE			
ULICA			
NUMER DOMU		NUMER LOKALU	
KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ	
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	
TELEFON KOMÓRKOWY		TELEFON STACJONARNY	
ADRES E-MAIL			
OBSZAR	<input type="checkbox"/> wiejski	<input type="checkbox"/> miejski	
Jestem osoba nieaktywna zawodowo:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Krótki opis sytuacji rodzinnej:			
.....			

Krótki opis sytuacji zdrowotnej:	
.....	
.....	
.....	
.....	
Krótki opis sytuacji mieszkaniowej:	
.....	
.....	
.....	
.....	
Krótki opis sytuacji dochodowej:	
.....	
.....	
.....	
.....	
DODATKOWE INFORMACJE- dotyczy osób niepełnosprawnych	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/ GRUPA INWALIDZKA	
RODZAJ SCHORZENIA LUB SYMBOL NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	

1. W związku ze zgłoszeniem do Projektu Dzienny Dom „Senior +” w Gminie Gryfino realizowanego w ramach **Programu Wieloletniego „Senior +” na lata 2015-2020** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu Dzienny Dom „Senior +” w Gminie Gryfino, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku i nagrania do celów informacyjnych i promocyjnych, pod warunkiem, że fotografia lub nagranie zostało wykonane podczas zajęć realizowanych w ramach projektu.
3. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków Programu Wieloletniego „Senior +” oraz środków własnych Gminy Gryfino.
4. Upředzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

Opinia/zalecenia lekarza rodzinnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zespół Rekrutacyjny/ Opinia pracownika socjalnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Decyzja Zespołu Rekrutacyjnego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....