

Projekt

„W działaniu siła – partycypacja społeczna osób starszych w województwie świętokrzyskim”

dofinansowany ze środków rządowego programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+”

na lata 2021-2025

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU

(proszę wypełnić tylko białe pola lub zaznaczyć prawidłową odpowiedź)

| | | |
|---|--|---|
| Data i godzina wpływu formularza zgłoszeniowego: | | |
| Kolejny numer formularza: | | |
| Załączniki: | <i>Deklaracja uczestnictwa</i> | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | <i>Orzeczenie o niepełnosprawności</i> | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | <i>Oświadczenie o niepełnosprawności</i> | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Liczba punktów: | | |
| Podpis przyjmującego formularz | | |

| DANE KANDYDATA | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|--|
| Nazwisko | | Imię (imiona) | | |
| PESEL | [][][][][][][][][][][] | Data urodzenia | [][] . [][] . [][][][][] d d m m r r r r | |
| Obywatelstwo | | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | |
| Wyszkolenie | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | |
| | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne | <input type="checkbox"/> policealne | <input type="checkbox"/> wyższe | |
| Adres zamieszkania <small>(zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu):</small> | Ulica | | | |
| | Nr domu | | Nr lokalu | |
| | Miejscowość | | | |
| | Kod pocztowy | | Gmina | |
| | Powiat | | Województwo | |
| Telefon kontaktowy | | | | |
| Adres e-mail | | | | |

| INFORMACJE DODATKOWE | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Jestem osobą pracującą | <input type="checkbox"/> Tak | | <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością (w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (jeśli tak, do formularza należy dołączyć Oświadczenie o niepełnosprawności (Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „W działaniu siła – partycypacja społeczna osób starszych w województwie świętokrzyskim”) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji (w przypadku odmowy podania informacji nie przysługują punkty dodatkowe w ramach rekrutacji do projektu) |
| Punkty | <input type="checkbox"/> 5 pkt | <input type="checkbox"/> 0 pkt | <input type="checkbox"/> 0 pkt |
| DEKLARACJA UCZESTNICTWA | | | |
| <p>Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „W działaniu siła – partycypacja społeczna osób starszych w województwie świętokrzyskim” realizowanym przez Stowarzyszenie Integracja i Rozwój, dofinansowanym ze środków rządowego programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021- 2025.</p> | | | |
| OŚWIADCZENIA | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „W działaniu siła – partycypacja społeczna osób starszych w województwie świętokrzyskim”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych wrażliwych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym/ Formularzu rekrutacyjnym i Oświadczeniu o niepełnosprawności zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) przez Beneficjenta realizującego projekt do celów związanych z realizacją projektu. Oświadczam, iż zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 880 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w materiałach promocyjnych oraz dokumentujących realizację Projektu. Utrwalanie wizerunku może być dokonywane za pomocą fotografii, filmów lub nagrań. Ponadto zrzekam się wszelkich roszczeń (zarówno istniejących w chwili podpisania oświadczenia, jak i przyszłych) z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu. | | | |

- 4) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy Projekt jest dofinansowany ze środków rządowego programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021-2025.
- 5) Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.
- 6) Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Beneficjenta realizującego projekt jest ostateczna i nie służy od niej odwołanie.
- 7) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym, oświadczeniach oraz załącznikach. O zmianach zaistniałych po złożeniu formularza zgłoszeniowego zobowiązuję się informować w ciągu 7 dni.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata