FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt: „Trener Pracy moją szansą! – program aktywizacji społeczno- zawodowej osób niepełnosprawnych z terenu woj. opolskiego i śląskiego."

(proszę wypełnić drukowanymi literami, właściwe zakreślić, bądź wstawić „x"

we właściwym miejscu, obowiązkowe są wszystkie pola do wypełnienia)

DANE OSOBOWE

Nazwisko		
Imię		
Data urodzenia		
Numer PESEL		
Płeć	K	M
Adres zamieszkania	Miejscowość: Kod pocztowy: _ _ - _ _ _ Ulica: Nr domu: Nr lokalu:	
Województwo		
Powiat		

DANE KONTAKTOWE

Telefon stacjonarny (bądź wpis NIE POSIADAM)	
Telefon komórkowy (bądź wpis NIE POSIADAM)	
Adres email (bądź wpis NIE POSIADAM)	

INFORMACJE DODATKOWE

Rodzaj niepełnosprawności (symbol z orzeczenia o stopniu niepełnoprawności)		
Stopień niepełnosprawności	❑ Znaczny stopień niepełnosprawności	
	❑ Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
	❑ Lekki stopień niepełnosprawności	
	❑ Inny (wynikający ze specyfiki organu orzeczniczego) Proszę wpisać jaki ……	
Jestem osobą niezatrudnioną.	TAK	NIE
Jestem uczestnikiem(czką) Warsztatu Terapii Zajęciowej.	TAK	NIE

Ja, niżej podpisany(a), deklaruję gotowość udziału w charakterze uczestnika(czki) Projektu „Trener Pracy moją szansą! – program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych z terenu woj. opolskiego i śląskiego", współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu tj. jestem pełnoletnią osobą niepełnosprawną posiadającą aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź orzeczenie o niezdolności do pracy, jestem osobą nieaktywną zawodowo, poszukującą pracy niezatrudnioną bądź bezrobotną, zamieszkuję na terenie woj. opolskiego lub śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, nie jestem uczestnikiem(czką) Warsztatu Terapii Zajęciowej. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych do celów projektu, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), wyrażam także zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ponadto zobowiązuję się do zapoznania się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie.

…… ……..

data czytelny podpis