

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Aktywność bez barier”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Aktywność bez barier”

**WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

DANE OSOBOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć (Kobieta/Mężczyzna)	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Wykształcenie	

RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (Proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu)

Stopień niepełnosprawności	Lekki	
	Umiarkowany	
	Znaczny	
	Orzeczenie o niepełnosprawności	
Rodzaj niepełnosprawności	Schorzenie narządu ruchu	
	Schorzenie narządu wzroku	
	Niepełnosprawność intelektualna	
	Ogólny stan zdrowia	
	Niepełnosprawność sprzężona	
	Autyzm	

ADRES ZAMELDOWANIA:

Ulica	
Nr domu/ nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
Tel. Kontaktowy	
Adres email	

Projekt pt. „ Aktywność bez barier” realizowany jest w ramach programu „Pokonamy bariery”
współfinansowanego ze środków PFRON

ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY (o ile jest inny niż adres zameldowania)

Ulica	
Nr domu/ nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
Tel. Kontaktowy	
Adres email	

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

	Tak	Nie
Bezrobotny		
Nieaktywny zawodowo		
Niezatrudniony poszukujący pracy		
Zatrudniony poszukujący pracy		
Zatrudniony na otwartym rynku pracy		
Nie dotyczy (uczeń)		
Inne:		

INNE:

Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów)? *1	Tak	Nie
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)		

SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE?

.....

*w przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedkłada kopie aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego.

Projekt pt. „ Aktywność bez barier” realizowany jest w ramach programu „Pokonamy bariery” współfinansowanego ze środków PFRON

OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych. Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego:	
Imię i nazwisko	
Dane kontaktowe	
2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą	
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywność bez barier” i spełniam warunki uczestnictwa.	
4. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: „Aktywność bez barier” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.	
5. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych publikacjach wykonanych na potrzeby projektu.	
6. Oświadczam, że równoległe nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych czy też Fundację Kreatywnych Innowacji KI.	

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (w przypadku osoby nie posiadającej osobowości prawnej dodatkowo podpis opiekuna prawnego)