

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

1. Dane kandydata – osoba niesamodzielna

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
PESEL:	
PŁEĆ (K/M):	
DATA URODZENIA:	
WIEK:	
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy/e-mail:	
DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą;	
<input type="checkbox"/> Jestem bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna/y (<i>nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy</i>)	
<input type="checkbox"/> Jestem bezrobotna/y (niezarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna/y (<i>nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy</i>)	
<input type="checkbox"/> Jestem bierna/y zawodowo;	

2. Kryteria udziału w projekcie

a) Kryteria dostępu

jestem osobą niesamodzielną – tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
jestem osobą powyżej 60 roku życia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Piwniczna-Zdrój	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

3. Zaznacz w jakie dni będziesz uczęszczać na Placówkę

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

Oświadczenia:

W związku z korzystaniem z w Placówki Diennej Opieki w Koszarzyskach oświadczam, że:

1. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Urząd Miejski w Piwnicznej Zdroju w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
2. zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i korzystania* z Placówki Diennej Opieki, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do korzystania;
4. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po opuszczeniu placówki.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis