

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” 2024 r.**

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Kod pocztowy.....

Telefon kontaktowy.....

**1. Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:**

mieszkam w Gminie Wolbórz

jestem osobą w wieku 60 lat i więcej

jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe, mam problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia

jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

**2. Czy jest Pani/Pan osobą chorującą przewlekle?**

tak

Rodzaj schorzenia:.....  
.....

nie

**3. Opiekun faktyczny lub osoba zgłaszająca Uczestnika**

Imię i nazwisko.....

Numer telefonu.....

**Czy jest opiekunem faktycznym kandydata**

tak

nie

## OŚWIADCZENIE\*

- Wyrażam wolę uczestnictwa w Programie;
- Znam, rozumiem i spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa uprawniające do udziału w Programie, o których mowa w Regulaminie;
- Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu;
- Przystępując do Programu wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym, jestem świadomy zakresu i celu przetwarzania danych osobowych zgodnie z Regulaminem (§11) oraz iż podanie danych osobowych jest niezbędne abym mógł wziąć udział w Programie;
- Jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

podpis kandydata w przypadku zgłoszenia osobistego  
lub opiekuna prawnego

Data wpływu do MOPS .....