

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