

Formularz zgłoszeniowy do projektu
Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ostrowcu Świętokrzyskim

Janiżej podpisany deklaruję chęć udziału w Projekcie „DDOM w Ostrowcu Świętokrzyskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

DANE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, W CELU KONTAKTU W SPRAWIE PROJEKTU	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail jeśli	

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji do DDOM
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu.
5. Deklaruję, iż wyżej wymieniony opiekun będzie wraz ze mną korzystać ze wsparcia projektowego

Data

.....
podpis osoby starającej się o udział w projekcie.....
Podpis opiekuna