Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Na START - zajęcia w sekcjach pływackich i sportowych”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

# „Na START - zajęcia w sekcjach pływackich i sportowych”

# WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

**DANE OSOBOWE** (Proszę wypełnić drukowanymi literami, w przypadku wykształcenia proszę zaznaczyć „x” w odpowiednim polu)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  |
| **Wiek w chwili przystępowania do projektu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | Przed obowiązkiem szkolnym |  |
| Zajęcia rewalidacyjne |  |
| Niepełne podstawowe |  |
| Podstawowe |  |
| Gimnazjalne |  |
| Zawodowe |  |
| Średnie |  |
| Policealne |  |
| Wyższe |  |

**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 |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY[[1]](#footnote-1)\***

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu/Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Obszar (wiejski/miejski) |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| Bezrobotny |  |  |
| Nieaktywny zawodowo  |  |  |
| Niezatrudniony poszukujący pracy  |  |  |
| Zatrudniony poszukujący pracy |  |  |
| Zatrudniony w ZAZ |  |  |
| Zatrudniony w ZPCH |  |  |
| Zatrudniony na otwartym rynku pracy |  |  |
| Nie dotyczy (uczeń) |  |  |
| Uczestnictwo w WTZ |  |  |
| Absolwent WTZ – jeśli dotyczy |  |  |

**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)? \* | TAK | NIE |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie *(wypełnia pracownik PZSN START)* |  |

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

**SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 „Na start - zajęcia w sekcjach sportowych: lekkoatletycznej, pływackiej i siatkówki na siedząco” i spełniam warunki uczestnictwa. |
| **4. Oświadczam** także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: „Na start - zajęcia w sekcjach sportowych: lekkoatletycznej, pływackiej i siatkówki na siedząco”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 równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych czy też Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „START”. |

*.........................................................* .........................................................................

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU*

*(w przypadku osoby nie posiadającej osobowości prawnej dodatkowo podpis opiekuna prawnego)*

1. \* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania. [↑](#footnote-ref-1)