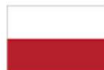




Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU

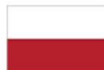
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Rozwój opieki długoterminowej w powiecie pszczyńskim” w ramach
programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

DANE OSOBY CHOREJ

(prosimy o czytelne pismo)

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
4.	PESEL	
5.	Wiek osoby w chwili przystąpienia do projektu	
6.	Wykształcenie	☐ podstawowe lub gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne, policealne ☐ licencjat, magister, doktorat
7.	Województwo	
8.	Powiat	
9.	Gmina	
10.	Miejscowość	
11.	Kod pocztowy	
12.	Ulica	
13.	Nr budynku	
14.	Nr lokalu	
15.	Telefon kontaktowy	



16.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ Osoba pracująca ☐ Osoba bierna zawodowo ☐ Osoba bezrobotna
17.	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
18.	Osoba państwa trzeciego	☐ tak ☐ nie
19.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ tak ☐ odmowa podania informacji ☐ nie
20.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie
21.	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ odmowa podania informacji ☐ nie

22. Czy Pan/Pani zgłasza potrzeby specjalne? Jeśli tak, proszę podać jakie:

.....

.....

1. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczynie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam iż, zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem rekrutacji do projektu, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
3. 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 i działalności hospicjum.
4. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie Pani/Pan:

.....
Będąca/będący dla mnie opiekunem faktycznym.

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis osoby chorej)