

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

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

DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

(prosimy o czytelne pismo)

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4.	PESEL	
5.	Wiek osoby w chwili przystąpienia do projektu	
6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe / gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne / policealne <input type="checkbox"/> 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.	E-mail	

17.	Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna
18.	Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> jw. (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> jw. (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> pracująca w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza <input type="checkbox"/> pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne

19.	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
20.	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
21.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> nie
22.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
23.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> 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 zobowiązuje 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 zobowiązuje się je przestrzegać.
3. Oświadczam, że w czasie uczestnictwa w projekcie „Rozwój opieki długoterminowej w powiecie pszczyńskim” nie będą brać udziału w żadnym projekcie realizowanym ze środków z Funduszy Europejskich dla Województwa Śląskiego 2021-2027 oraz nie będę korzystać w tym czasie z innych sposobów wsparcia o podobnym charakterze jak wyżej wymieniony projekt.

Jeśli jednak zdecyduje się na udział w innym projekcie, zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania o tym fakcie Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczynie.

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 i działalności hospicjum.

5. **Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie Pani/Pan:**

.....

Dla której/którego jestem opiekunem faktycznym.

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....

(data, miejscowość)

.....

(podpis opiekuna faktycznego)