

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu „Wolontariat bez granic - warsztaty przygotowujące osoby niepełnosprawne do wolontariatu w hospicjach i zakładach opiekuńczo – leczniczych”.

Dane uczestnika	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	Kobieta / Mężczyzna*
Wiek w chwili przystępowania do projektu (w dniu podpisania formularza rekrutacyjnego)	
PESEL	
Rodzaj niepełnosprawności	
Stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany czy znaczny)	
Jestem osobą bezrobotną	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Jestem osobą niezatrudnioną poszukującą pracy	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	Wiejski / Miejski*
Kod pocztowy	
Województwo	
Gmina	
Powiat	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

* niepotrzebne skreślić

Ponadto:

- świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą,
- oświadczam, że jestem osobą bezrobotną lub osobą niezatrudnioną poszukującą pracy,
- oświadczam, że nie jestem pracownikiem Zakładu Pracy Chronionej, Zakładu Aktywizacji Zawodowej oraz uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej,
- oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis osoby zgłaszającej się do projektu

Załącznik: kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności