



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do uczestnictwa w projekcie pt. „CENTRUM SKS”
współfinansowanego ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach
Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020

1.	Imię (imiona) *		
	Nazwisko*		
2.	Adres zamieszkania*	Ulica, nr	
		Miejscowość	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Telefon	
		E-mail	
3.	Obszar zamieszkania	Wiejski <input type="checkbox"/>	Miejski <input type="checkbox"/>
4.	Wiek*		Płeć ** K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
5.	Czy zamieszkujesz samotnie gospodarstwo domowe?***	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
6.	Czy posiadasz stopień niepełnosprawności?***	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
7.	Czy działasz społecznie?***	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
8.	Czy należysz do Uniwersytetu Trzeciego Wieku, jeśli tak to jakiego?***	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>



9.	Czy odczuwasz potrzebę poszerzenia wiedzy oraz podnoszenia swoich kwalifikacji?*	TAK	<input type="checkbox"/>
		NIE	<input type="checkbox"/>
10.	Zainteresowania (krótki opis)	TAK <input type="checkbox"/> Jakie:	NIE <input type="checkbox"/>

LEGENDA:

* - wypełnić drukowanymi literami, niebieskim długopisem

** - zaznaczyć X w odpowiednim polu

Świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń potwierdzam, że wszystkie dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późn. zm.) - w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu.

.....
(czytelny podpis osoby składającej deklarację)