

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
WSPIERANIA ROZWOJU ORGANIZACJI PORADNICZYCH NA LATA 2022–2033

FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU „PoMOC”

DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU											
Imię (Imiona)											
Nazwisko											
PESEL											
Data urodzenia			Miejsce urodzenia								

DANE KONTAKTOWE					
Kod pocztowy			Miejscowość		
Ulica			Nr budynku	Nr lokalu	
Telefon					
Numer telefonu rodzica/opiekuna: (jeśli dotyczy)					

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (proszę oznaczyć znakiem X)
<p>Deklaruję uczestnictwo w poradnictwie:</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologiczne, psychoedukacja,</p> <p><input type="checkbox"/> Pedagogiczne, rodzinne,</p> <p><input type="checkbox"/> Zawodowego, coachingu kariery,</p> <p><input type="checkbox"/> Prawnego – w formie warsztatów grupowych,</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrycznego,</p> <p>Preferencje / potrzeby dotyczące realizacji wsparcia, które wynikają np. z posiadanej niepełnosprawności:</p> <p>.....</p>

SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
WSPIERANIA ROZWOJU ORGANIZACJI PORADNICZYCH NA LATA 2022-2033

DODATKOWE OŚWIADCZENIA (proszę oznaczyć znakiem X)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą dorosłą (tj. ukończyłam / łem 18 lat). |
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą nieletnią, reprezentowaną przez opiekuna prawnego/rodzica. |
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie województwa kujawsko-pomorskiego oraz Polski. |
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej, z którą nie potrafi sobie poradzić i potrzebuje wsparcia doradczego specjalisty. |
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że zapoznałam / łem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję wszystkie jego postanowienia. |
| <input type="checkbox"/> Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie, deklaruję udział w wybranym przez siebie poradnictwie / wybranych poradnictwach oraz zobowiązuję się do uczestnictwa w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych na potrzeby projektu. |
| <input type="checkbox"/> Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wznosił / a żadnych roszczeń, ani zastrzeżeń do Realizatora. |
| <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji projektu, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U.2019.1781 z późn. zm.) |
| <input type="checkbox"/> Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są prawdziwe i kompletne. Zostałam / łem poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. |

.....
data i podpis Uczestniczki / Uczestnika Projektu

.....
data i podpis opiekuna prawnego/rodzica jeśli dotyczy

Fundacja RÓWNIK Klonowa 8 86-065 Łochowo
509 633 635, 530 100 146
biuro@rownik.org.pl
www.rownik.org.pl