|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data wpływu | Nr rejestracyjny |
| WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA | |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu „Pora na Seniora” w ramach programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych

„Aktywni+” na lata 2021–2025 nr 3095/2021/AKTYWNI+

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | |
| Imię/imiona |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Data urodzenia |  | | |
| Adres zamieszkania *( miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny ( Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(…) jest miejscowość , w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.)* | | | |
| Ulica |  | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu (jeśli dotyczy) |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  | | |
| Telefon: stacjonarny/komórkowy | 0,, | | |
| Adres e-mail |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** | |
| Wiek | * Poniżej 60 lat * 60 lat i powyżej |
| Płeć | * kobieta * mężczyzna |
| Niepełnosprawność | * jestem osoba niepełnosprawną i posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności * nie jestem osobą niepełnosprawną |
| Miejsce zamieszkania | * zamieszkuję w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego miasto Bydgoszcz |
| Dysfunkcja wzroku | * posiadam * nie posiadam |
| Osoba z dysfunkcją wzroku | * Osoba niewidoma * Osoba słabowidząca * Zaćma * Jaskra * Retinopatia wcześniacza (ROP) * Wysoka krótkowzroczność (powyżej –6,0 D) * Zanik nerwu wzrokowego * Inne? …………………………………………………………….   …………………………………………………………….  ……………………………………………………………. |
| Stopień widzenia: | ☐osoba całkowicie niewidoma,  ☐osoba szczątkowo widząca (nie posługuje się czarnodrukiem),  ☐osoba słabowidząca (posługuje się czarnodrukiem). |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAINTERESOWANIA KANDYDATA** | |
|  Udział w zajęciach:  **I. Moduł: Mobilny dostęp do informacji cyfrowej** | 1. Podstawowa obsługa urządzeń mobilnych,  2. Bezpieczne korzystanie z technologii teleinformacyjnej i Internetu  3. e-usługi: ( rejestracja, logowanie, użytkowanie, anulowanie): |
|  Udział w zajęciach:  **II. Moduł wydarzenia kulturalne** | 1. wyjście do kina, teatru, muzeum  2. 2 zorganizowane pod życzenie UP  lub organizacja całego modułu przez animatora czasu wolnego. |
|  Udział w zajęciach:  **III. Indywidualne wsparcie psychologiczne** | Indywidualna spotkanie z psychologiem będzie miało na celu m.in: zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności, motywacji do pracy po udziale w projekcie  oraz radzenia z niepełnosprawnością wzrokowa, ze starością i obciążeniami psychicznymi z tym związanymi. |

|  |
| --- |
| **Dodatkowe oświadczenia** |
| Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń, oświadczam, że |
| Zgadzam się na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i realizacji projektu przez Fundację Równik. |
| Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania Fundację Równik w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu. |
| Oświadczam, że podany przeze mnie numer telefonu jest aktywny i zobowiązuje się , że będę za pośrednictwem telefonicznym odbierać na bieżąco informację dotyczące udziału w rekrutacji, w ty, w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania się do udziału w projekcie |
| **DEKLARACJA W ZAKRESIE OCZEKIWANEGO WSPARCIA** |
| Ze względu na niepełnosprawność proszę o zastosowanie w przypadku mojej osoby następujących udogodnień:  ………………………………………………………………………………………………………… |

………………………………………………………..

*Miejscowość i data*

………………………………………………………………………………………….

*Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu*