

Data wpływu Formularza /wypełnia organizator/				Numer Formularza /wypełnia organizator/			
<p>FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „AKTYWNOŚĆ NASZYM UZDROWISKIEM” Proszę wypełnić białe pola</p>							
I.	Dane Podstawowe	1.	Imię (imiona)				
		2.	Nazwisko				
		3.	Data urodzenia				
		4.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna	
II.	Adres zamieszkania	5.	Ulica				
		6.	Nr domu				
		7.	Nr lokalu				
		8.	Miejscowość				
		9.	Kod pocztowy				
III.	Dane kontaktowe	10.	Telefon				
		11.	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)				
		12.	Adres email (opcjonalnie)				
IV. Kryteria rekrutacji – właściwe zaznaczyć „x”						TAK	NIE
12.	Mam ukończone 60 lat						
13.	Jestem mieszkańcem/nką miasta LUBLIN						
14.	Prowadzę regularną aktywność fizyczną						
15.	Jestem członkiem organizacji zrzeszających seniorów						
16.	Jestem osobą samotną						
17.	Jestem osobą niepełnosprawną						
*jeśli tak, proszę wskazać rodzaj i stopień niepełnosprawności:							

V. Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć „x”) :		TAK	NIE
18.	Wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym		
19.	Zapoznałem/Zapoznałam się z treścią regulaminu projektu „Aktywność naszym uzdrowiskiem”.		
20.	Mój stan zdrowia pozwala na udział w zajęciach przewidzianych w niniejszym projekcie (zajęcia wzmacniające, fitness, gimnastyka dla seniora, zajęcia ruchowe w wodzie podczas obozów rekreacyjnych, Nordic Walking, zajęcia pierwszej pomocy)		
DATA I CZYTELNY PODPIS KANDYDATA			

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

1. Deklaruję wolę uczestnictwa w projekcie „Aktywność naszym uzdrowiskiem” i oświadczam, że spełniam kryteria wymagane do udziału w projekcie.
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin projektu, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuje się przestrzegać jego postanowień.
3. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję wolę uczestnictwa w poszczególnych działaniach projektu.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS).
5. Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym formularzu rekrutacyjnym informacje są prawdziwe.
6. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych w związku z realizacją projektu „Aktywność naszym uzdrowiskiem” przez Fundację Równych Szans PACYNKA.

.....

(podpis)