**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**Projekt „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**

**nr projektu WND-RPSL.09.02.03-24-03C5/18-001, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o.**

**Data wpływu formularza:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Imię (imiona) i Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3. Data urodzenia** | |  |
| **4. Płeć** |  Kobieta  Mężczyzna | | | | | | | | | | | **5. Wiek** | **.................……………… lat** | |
| **6. Adres zamieszkania** | Województwo: | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat: | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina: | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: nr budynku: nr lokalu: | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **8. E-mail** (dobrowolne) |  | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Oświadczenie** | ⬜ Oświadczam, że informacje zawarte we ***Formularzu Zgłoszeniowym*** oraz złożone **Oświadczenia** Kandydata do Projektu są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w ***Formularzu Zgłoszeniowym*** niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z Projektu oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.  ⬜ Oświadczam, że zapoznałem/-am się i akceptuję **„Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. *„Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”*”.** Zobowiązuję się do przestrzegania zasad uczestnictwa w Projekcie wskazanych ww. Regulaminie.  ⬜ Oświadczam, że zostałem zapoznana/y z **zasadami przetwarzania moich danych osobowych** przez **Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o**. związku ze zgłoszeniem chęci udziału w Projekcie i otrzymałem pisemnie ***Informację o przetwarzaniu danych osobowych Kandydata do Projektu i Uczestnika Projektu przez Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o.*** | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Data i miejsce sporządzenia formularza** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Podpis Uczestnika** |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **12. Data rozpoczęcia udziału w projekcie** (n*ależy wpisać datę pierwszego wsparcia)* | ......................................................................................... |
| **13. Data zakończenia udziału w projekcie** (n*ależy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)* | ......................................................................................... |
| **14. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** |  Tak  Nie |
| **15. Powód wycofania się z udziału w projekcie** (n*ależy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez Realizatora)* |  Pogorszenie stanu zdrowia   Hospitalizacja   Inne (opis) |

Data i podpis Kierownika Komisji Rekrutacyjnej

………………………………………………………………………….