**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** |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Oświadczenie** | Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o. oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.  Oświadczam, że zapoznałem/-am się i akceptuję Regulamin rekrutacji do udziału  w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+  w Mieście Bytom” |

|  |  |
| --- | --- |
| **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

………………………………………………………………………….