FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**dane uczestnika/ uczestniczki:**

imię: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**kontakt do uczestnika/ uczestniczki (jeżeli dotyczy – do opiekuna)**

numer kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KRYTERIA REKRUTACYJNE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

TAK / NIE

osoba w wieku 60+ kwalifikująca się do objęcia opieką hospicyjną
i paliatywną

osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

osoba z niepełnosprawnością sprzężoną

osoba z niepełnosprawnością intelektualną

osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

czy wymagają Państwo specjalnych udogodnień?
(uczestnik / uczestniczka lub opiekun)

Jeśli tak, proszę wskazać jakie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – *Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie internetowej Beneficjenta.*

………………………….……………………..

podpis uczestnika / uczestniczki (lub jeżeli dotyczy – opiekuna)