



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – osoby starsze kwalifikujące się do objęcia opieką hospicyjną i paliatywną

Dane Uczestnika/Uczestniczki:	
Imię	
Nazwisko	
Kontakt do opiekuna (jeśli dotyczy):	
Numer kontaktowy	
Adres e-mail	

KRYTERIA REKRUTACYJNE	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 potrzebuje Pan/Pani szczególnych udogodnień aby wziąć udział w projekcie? Jeśli tak, proszę wskazać...		



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

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
opiekuna Uczestnika/Uczestniczki**