



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu: „ **SENIOR BEZ CYKRZYCY!**”

Nr projektu: **RPMA.09.02.02-14-c870/19**

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt: **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem**

Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej**

Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt: **9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych**

INFORMACJE PODSTAWOWE:

DANE UCZESTNIKA:

IMIĘ I NAZWISKO

WIEK

TELEFON STACJONARNY

E-MAIL

TELEFON KOMÓRKOWY

PŁEĆ

KOBIETA

MĘŻCZYZNA

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

KRYTERIA PODSTAWOWE OBOWIĄZKOWE

JESTEM OSOBĄ, KTÓRA UKOŃCZYŁA 60 LAT

TAK

JESTEM MIESZKAŃCEM POWIATU GRODZISKIEGO LUB M.ST. WARSZAWY

TAK

JESTEM OSOBĄ DOTYCHCZAS NIE ZDIAGNOZOWANĄ W KIERUNKU CUKRZYCY

TAK

OŚWIADCZAM, ŻE NIE BIORĘ UDZIAŁU W INNYM ANOLOGICZNYM PROJEKCIE FINANSOWANYM Z EFS U INNEGO BENEFICJENTA

TAK

KRYTERIA DODATKOWE ROZSTRZYGAJĄCE

JESTEM OSOBOM Z ORZECZONYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

TAK

JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ: LEKKO

TAK

JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ: UMIARKOWANIE

TAK

JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ: ZNACZNIE

TAK

ZAŁĄCZNIKI:

DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DOŁĄCZAM :

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

TAK

ŚWIADOMA ZGODĄ NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

TAK

OŚWIADCZAM, ŻE:

- Uprowadzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis osoby wypełniającej
formularz

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ

DATA OTRZYMANIA DOKUMENTU: (podpis)
----------------------------	-------------------