|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU** | | |
| Data i godzina wpływu Formularza Rekrutacyjnego |  | |
| Numer w rejestrze (nr kolejny/nr grupy/nr uzupełnienia |  | |
| Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu na podstawie dokumentu tożsamości seria i nr……………………………………………………………………….…….. | Podpis osoby przyjmującej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  do projektu  ***,,Dojrzali i aktywni”***  realizowanego przez  **,,Puławskie Centrum Przedsiębiorczości”** | |
| 1. **DANE PERSONALNE** | * 1. **Imię (imiona):** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.   **Nazwisko:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Data urodzenia:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **PESEL:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Adres zamieszkania:**   województwo: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  ulica:Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  nr domu/lokalu: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  miejscowość: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  kod pocztowy: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  poczta: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Powiat Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **Telefon kontaktowy:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.   **Adres poczty elektronicznej do kontaktu:** Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE DODATKOWE** | * 1. **Czy sprawuje Pan/i opiekę nad osobą zależną?[[1]](#footnote-1)**   **Tak** (wymagane oświadczenie)  **Nie** | | |
| * 1. **Czy posiada Pan/i stopień niepełnosprawności?** | | |
| **Tak**(konieczność dołączenia orzeczenia oraz zaświadczenia o braku przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności fizycznej),  **w stopniu:**  znacznym  umiarkowanym  lekkim  **Nie** | | Z niepełnosprawnością:  wzroku  słuchu  narządów ruchu  sprawności intelektualnej  inna(jaką)  Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. **W jakim bezpłatnym szkoleniu chce Pan/i uczestniczyć?  (*proszę zaznaczyć 3 wybrane)***   nauka języka angielskiego  obsługa komputera i Internetu  planowanie i utrzymanie zieleni  warsztaty kulinarne  wolontariat   * 1. **W jakiej bezpłatnej formie aktywności fizycznej chce Pan/i uczestniczyć? (*proszę zaznaczyć co najmniej jedną wybraną)***   nordic walking  basen (aqua – aerobic)  zajęcia taneczne  zajęcia ruchowe | | |
| * 1. **Przynależność do organizacji/stowarzyszeń i/lub działalność wolontariacka**   Należę do:  Stowarzyszenie Puławski Uniwersytet Trzeciego Wieku  Polski Związek Emerytów Rencistów i Inwalidów oddział Puławy  Inne (nazwa) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| * 1. **Na jakim poziomie ocenia Pan/i swoją aktywność fizyczną ?**   podstawowy  średni  zaawansowany | | |
| * 1. **Czy istnieją przeciwwskazania do udziału w zajęciach ruchowych?** | | |
| **Nordic walking** | Tak (jakie?)Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Nie | |
| **Basen (aqua aerobic)** | Tak (jakie?)Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Nie | |
| **Taniec** | Tak (jakie?)Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Nie | |
| **Zajęcia ruchowe** | Tak (jakie) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Nie | |
| * 1. **Na jakim poziomie ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat obsługi komputera i Internetu?**   podstawowym  średnim  zaawansowanym | | |
| * 1. **Czy uczestniczył/a Pan/i w szkoleniu z zakresu obsługi komputera i Internetu?**   Tak, (kiedy?) Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.  Nie | | |
| * 1. **Na jakim poziomie ocenia Pan/i swoje umiejętności posługiwania się językiem angielskim?**   podstawowym  średnim  zaawansowanym | | |
| * 1. **Czy uczestniczył/a Pan/i w szkoleniu z języka angielskiego?**   Tak  Nie | | |
| * 1. **Czy uczestniczył/a Pan/i w testach geriatrycznych?**   Tak  Nie | | |
|  | * 1. **Źródło informacji o projekcie**:   strona internetowa Fundacji FPCP  plakat/ulotki  prasa  przekaz słowny (np. od znajomych, rodziny)  inne: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | | |
| 1. **OŚWIADCZENIA** | | | |
| * 1. **Oświadczam, że:** * dobrowolnie decyduję się na udział w projekcie ,,Dojrzali i aktywni”, * zapoznałem/am się z Regulaminem projektu ,,Dojrzali i aktywni” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania, * wyrażam zgodę na mój udział w wykładach z profilaktyki zdrowia oraz w testach będących elementem oceny geriatrycznej, * wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą prowadzone w trakcie projektu ,,Dojrzali i aktywni” oraz do 6 miesięcy po jego zakończeniu * w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie ,,Dojrzali i aktywni” podpiszę Umowę uczestnictwa w projekcie.   …..…………………………………….………………………………………………………………  data, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem | | | |
| **Prawdziwość podanych przeze mnie informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy, wynikający z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).**  …………………………………....……………………………………………………………………  data, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem | | | |

**Załączniki:**

1. Oświadczenie Uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności oraz zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach aktywności fizycznej (jeśli dotyczy)
3. Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad osobą zależną(jeśli dotyczy)

1. osoba zależna – osoba wymagająca stałej opieki ze względu na zły stan zdrowia lub wiek, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem i pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym. [↑](#footnote-ref-1)