|  |
| --- |
| **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)