*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa*

*w zajęciach Dziennego Domu Pobytu*

*prowadzonego przez Spółdzielnię Socjalną „Validus”*

*w Ostrołęce*

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w zajęciach Dziennego Domu Pobytu prowadzonego przez Spółdzielnię Socjalną „Validus” w Ostrołęce dla Kandydatów na Uczestników DDP

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu Pobytu prowadzonego przez Spółdzielnię Socjalną „Validus” w Ostrołęce

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Forma wsparcia** | **Data, godzina wpływu formularza** | **Nr formularza rekrutacyjnego wg. Kolejności składania** |
| **Wypełnia pracownik DDP** | |
| **Dzienny Dom Pobytu w Ostrołęce** |  |  |

UWAGA:

1. Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedz.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Imię/ imiona |  | | |
| 2 | Nazwisko |  | | |
| 3 | PESEL |  | Wiek |  |
| 4 | Płeć | Kobieta □ Mężczyzna □ | | |
| 5 | Adres zamieszkania | Województwo | Mazowieckie | |
| Powiat | Ostrołęcki | |
| Gmina |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr domu |  | |
| Nr mieszkania |  | |
| 6 | Dane kontaktowe | Telefon |  | |
| e-mail |  | |

Ja, niżej podpisany/-a pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Jestem/ nie jestem\* osobą starszą ( w wieku 60 lat i więcej), chorującą na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera na pierwszym etapie choroby.
2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

□ lekkim □ umiarkowanym □ znacznym

lub równoważnym

data ważności orzeczenia…………………………………

1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności z powodu chorób sprzężonych

Symbole przyczyny niepełnosprawności:…………………..

1. Jestem osobą samotnie zamieszkującą:

□ tak □nie

5. Zapoznałem-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w zajęciach Dziennego Domu Pobytu prowadzonego przez Spółdzielnię Socjalną „Validus” w Ostrołęce i akceptuję jego warunki

□ tak □nie

**Wnoszę o zapewnienie transportu do/z Dziennego Domu Pobytu w Ostrołęce.**

□ tak □nie

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie

mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na

podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności

do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

Czy Kandydat/tka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

□ tak □nie

jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:

□ częściowe □ całościowe

……………………………………… ………………………………………………………………………………

Data Podpis osoby składającej formularz – Kandydata

……………………………………… ………………………………………………………………………………

Data Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,

gdy Kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną

……………………………………… ……………………………………………………………………………….

Data Podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz