



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – osoba małoletnia

NAZWA PROJEKTU: „POMOC daje MOC”.

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027
nr umowy 117/FELU.08.08-IZ.00-0045/24

Zgłaszam chęć uczestnictwa osoby małoletniej, dla której jestem opiekunem prawnym, w następującej formie / następujących formach wsparcia w ramach Projektu:

Specjalistyczna pomoc dla dzieci i młodzieży doświadczających przemocy:

- grupowe zajęcia Treningu Zastępowania Agresji
- grupowe zajęcia Treningu Umiejętności Społecznych
- indywidualna terapia z psychologiem dziecięcym
- konsultacje z psychiatrą dziecięcym
- hipoterapia

Należy wypełnić drukowanymi literami

DANE UCZESTNIKA																
RODZAJ UCZESTNIKA										<input type="checkbox"/> indywidualny						
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO																
PESEL																
BRAK PESEL	<input type="checkbox"/>	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA													
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU																
ADRES ZAMIESZKANIA																
WOJEWÓDZ - TWO								POWIAT								
GMINA								MIEJSCOWOŚĆ								
KOD POCZTOWY				-			TEL. KONTAKTOWY									
ADRES E-MAIL																



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU	
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	
DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis opiekuna prawnego
kandydata



OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z **REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „POMOC daje MOC”** oraz akceptuję jego **postanowienia**.
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „POMOC daje MOC”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Oświadczam, że zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych.**
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis opiekuna prawnego
kandydata