**Formularz rekrutacyjny dla osób ze spektrum zaburzeń autystycznych**

**Dane ogólne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Tytuł projektu***:*** *„*Ku samodzielności” |

**Dane kandydata / kandydatki do projektu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu / data urodzenia |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Diagnoza ASD | TAK NIE |
| 7 | Miejsce zamieszkania:(ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy, województwo) |  |
| 8 | Imię i nazwisko opiekuna prawnego / faktycznego |  |
| 9 | Imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |
| 10 | Telefon kontaktowy |  |
| 11 | Adres poczty elektronicznej |  |

**.................................... ....................................................................**

(data) (podpis kandydata/kandydatki lub opiekuna)