

Formularz zgłoszeniowy do udziału w Projekcie pn. "Lokalni praktycy praw osób z niepełnosprawnościami na Mazowszu"

realizowanym
przez Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami

Dane osobowe

Imię/imiona:

Nazwisko:

PESEL:

Płeć: (prosimy o wyraźne zaznaczenie odpowiedzi poprzez pogrubienie/podkreślenie)

Kobieta

Mężczyzna

Inna (jaka?)

Wolę nie odpowiadać

Adres zamieszkania

Województwo

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Dane osobowe

Adres do korespondencji (*jeżeli jest inny niż adres zamieszkania*)

Adres e-mail

Numer telefonu

Orzeczenie o niepełnosprawności*

Uzasadnienie potrzeby otrzymania wsparcia:

***Do Formularza rekrutacyjnego trzeba dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**

W przypadku, gdy uczestnikami zadania są osoby niepełnosprawne (w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) tj. osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów) lub prawomocny wyrok, kserokopie wyżej wymienionych dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem należy przechowywać i udostępniać przedstawicielom Województwa Mazowieckiego podczas przeprowadzanych czynności kontrolnych.

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki