



## **FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU**

### **PN. „RODZINA TO FUNDAMENT”**

Realizacja projektu w ramach Programu Ochronowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”  
Priorytet II: *Poprawa jakości i zwiększenie dostępności usług świadczonych na rzecz osób zagrożonych i doznających przemocy w rodzinie*

### **INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA FORMULARZA**

Wszystkie pola w formularzu muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem.

Celem umożliwienia weryfikacji danych zawartych w formularzu, należy obowiązkowo wskazać numer telefonu.

\*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

### **CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik)**

Nazwisko:		Imię:	
Kraj:	Polska	Obywatelstwo:	
Data urodzenia - (DD-MM-RRRR)		-	
PESEL:			

### **Dane kontaktowe- miejsce zamieszkania**

Ulica:		Nr domu:		Nr mieszkania:	
Miejscowość:		Powiat:	Choszczeński		
Województwo	Zachodniopomorskie	Kod pocztowy:		-	
Tel.:		e-mail:			

### **Informacje na temat wykształcenia i zatrudnienia.**

Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe *	<input type="checkbox"/> Podstawowe *	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne*
<input type="checkbox"/> Policealne *	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne *		<input type="checkbox"/> Wyższe *
Status na rynku pracy*:	<input type="checkbox"/> os. bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP *	<input type="checkbox"/> Os. długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP *	<input type="checkbox"/> os. bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji PUP *
<input type="checkbox"/> os. bierna zawodowo *	<input type="checkbox"/> os. bierna zawodowo ucząca się*		<input type="checkbox"/> os. pracująca *





Zatrudniony w (miejsce pracy):	
Forma zatrudnienia: um. o pracę, um. cywilnoprawna, własna działalność gospodarcza	
Wykonywany zawód (stanowisko):	
Orzeczenie o niepełnosprawności*:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rodzaj niepełnosprawności (symbol z orzeczenia)	
Stopień niepełnosprawności*:	<input type="checkbox"/> Znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Lekki stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Inny (wynikający ze specyfiki organu orzeczniczego) Proszę wpisać jaki .....
Rodzaj przemocy, która dotknęła uczestnika	<input type="checkbox"/> przemoc psychiczna <input type="checkbox"/> przemoc fizyczna <input type="checkbox"/> przemoc ekonomiczna <input type="checkbox"/> przemoc seksualna <input type="checkbox"/> zaniedbanie

Ja, niżej podpisany(a), deklaruję gotowość i wyrażam zgodę na udział w charakterze uczestnika(czki) Projektu „**Rodzina to Fundament**” dofinansowanego ze środków budżetu państwa realizowanego przez Powiat Choszczeński/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Choszczynie w ramach Programu Ośłonowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” Priorytetu II: Poprawa jakości i zwiększenie dostępności usług świadczonych na rzecz osób zagrożonych i doznających przemocy w rodzinie.  
Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

