**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dot. projektu: „Ogólnorowojowe wsparcie Juniora“

**1/2024 pn. „WSPIERAMY AKTYWNOŚĆ”**

realizowanego przez

**Spółdzielnia Socjalna Progres, ul. Wałowa 9, 89-500 Tuchola**

Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie, elektronicznie lub odręcznie.

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

**W miejscu** □ **należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X**

1. **DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU**
	1. Imię/Imiona ................................................................................................................
	2. Nazwisko ....................................................................................................................
	3. Płeć kobieta mężczyzna
2. **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**
	1. Imię/Imiona ................................................................................................................
	2. Nazwisko .....................................................................................................................
	3. Płeć kobieta mężczyzna
	4. Data i miejsce urodzenia ............................................................................................
	5. Pesel ...........................................................................................................................
	6. Miejsce nauki/ ukończona szkoła/rok ......................................................................... .....................................................................................................................................
3. **DANE KONTAKTOWE**
	1. Ulica ....................................................., nr domu/lokalu .............................................
	2. Miejscowość ........................................., kod pocztowy ...............................................
	3. Gmina ..................................................., Poczta ..........................................................
	4. Województwo ......................................................, Powiat .........................................
	5. Nr telefonu ..........................................., e-mail ...........................................................
4. **OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
	1. Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem zespołu ds. orzekania
	o niepełnosprawności **.............................................................................................**
	2. Rodzaj niepełnosprawności (opisać wraz z symbolem niepełnosprawności)............... .......................................................................................................................................
	3. Oczekiwania, uwagi rodzica/opiekuna ......................................................................... ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................
5. **RODZAJ WSPARCIA**

*(proszę zaznaczyć X rodzaj wsparcia, w którym jest Pani/Pan zainteresowana wziąć udział –jest możliwość udziału jednocześnie w kilku rodzajach wsparcia)*

 **Terapia psychologiczna**

 **Trening Umiejętności Społecznych**

 **Terapia Biofeedback**

 **Wsparcie motoryczne dziecka**

 **Rozwijanie kompetencji językowych i skuteczna komunikacja**

 **Zajęcia wzmacniające poczucie własnej wartości i adekwatnej samooceny**

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowaniao ich zmianie.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem województwa Kujawsko-pomorskiego.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych
w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych), Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WEdo celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia, realizacji, monitoringu i ewaluacji zadania.

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

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/opiekuna

**Załącznik do formularza rekrutacyjnego:**

1. **Orzeczenie o niepełnosprawności**

|  |
| --- |
| *Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie*  |
| **Data wpływu:** | **Podpis przyjmującego zgłoszenie:** | **Decyzja:**  |