

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU
W PROGRAMIE „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2024**

| Dane Kandydata: | | |
|--|------------|------------|
| Imię: | | |
| Nazwisko: | | |
| Adres: | | |
| Data urodzenia: | | |
| Numer telefonu: | | |
| Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem:* | TAK | NIE |
| Osoba zamieszkująca wspólnie z osobami bliskimi i posiadająca problem z samodzielnym funkcjonowaniem:* | TAK | NIE |

***właściwe podkreślić**

Oświadczam, że podane do formularza zgłoszeniowego informacje są zgodne ze stanem faktyczny i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że zapoznałem/am się, akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać Regulaminu Rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” - moduł II.

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby procesu rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2024- Moduł II (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/WE (Dz. Rz.UE.L. 119 z 04.05.2016r, str. 1 z późniejszymi zmianami) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r. poz. 1781).

.....
podpis Kandydata

Data przyjęcia zgłoszenia:

Godzina przyjęcia zgłoszenia:.....

Osoba przyjmująca zgłoszenie:.....