

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW”

Dane Kandydata	
Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Osoba Samotna * właściwe zaznaczyć	TAK NIE
PESEL	
Numer telefonu	
CHOROBA * właściwe zaznaczyć	TAK - podać (opis schorzeń) NIE
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ * właściwe zaznaczyć	TAK – podać (ustalony stopień niepełnosprawności) NIE
	Dane opiekuna/ osoby zgłaszającej Uczestnika (w przypadku gdy zgłoszenia Kandydat nie dokonuje osobiście)
Imię i Nazwisko opiekuna Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Czy jest opiekunem faktycznym kandydata * właściwe zaznaczyć	TAK NIE
Dane osoby upoważnionej do kontaktu	
Imię i Nazwisko Numer telefonu Adres zamieszkania	

Data przyjęcia zgłoszenia..... Godzina przyjęcia zgłoszenia

Osoba przyjmująca zgłoszenie.....

.....

podpis kandydata w przypadku złożenia osobistego, lub opiekuna prawnego