**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU   
„KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2023 – Moduł II**

**I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **PESEL** |  | |
| **Adres zamieszkania** | **64-100 Leszno** | **ul.** |
| **Tel. kontaktowy** |  | |

**II CZĘŚĆ – STATUT UCZESTNIKA** Kryteria kwalifikujące do udziału w Programie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mieszkam na terenie miasta Leszna | TAK | NIE |
| Jestem osobą, która ukończyła 65 lat | TAK | NIE |
| Jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe | TAK | NIE |
| Jestem osobą mieszkającą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia | TAK | NIE |
| Jestem osobą z problemami związanymi z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia | TAK | NIE |

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie, rozumiem jego cel i deklaruję chęć uczestnictwa w nim.
2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem udziału, rozumiem i akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Zostałem poinformowany o źródłach finansowania Programu.
4. Nie istnieją u mnie żadne przeciwwskazania medyczne do korzystania z opaski bezpieczeństwa.
5. Zapoznałam się/zapoznałem się z załączoną poniżej klauzulą informacyjną odnoszącą się do przetwarzania moich danych osobowych i wyrażam zgodę na jej postanowienia.
6. Podane w formularzu zgłoszeniowym informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy- Senior lub opiekun prawny)