**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **NGO w profilaktyce chorób otępiennych** |
| **Okres realizacji** | 01.03.2025-30.06.2026 |
| **Realizator projektu** | Stowarzyszenie Centrum Profilaktyki Senioralnej |

**Prosimy o wypełnienie poniższego formularza**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DANE KANDYDATA DO PROJEKTU:** | | |
|  | Imię i nazwisko |  |
|  | Płeć (proszę zaznaczyć x we właściwymmiejscu) | ❑ Kobieta ❑ Mężczyzna |
|  | Pesel |  |
|  | Data urodzenia |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. DANE ADRESOWE KANDYDATA** | | |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica [[1]](#footnote-1) |  |
|  | Numer budynku/ lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Telefon kontaktowy |  |
|  | Adres e-mail |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III. DODATKOWE INFORMACJE (spełnienie poniżej wskazanych warunków będzie punktowane podczas kwalifikacji do udziału w szkoleniu stacjonarnym, zgodnie z „zasadami”)** | | |
| Jestem osobą: | | |
|  | w wieku powyżej 60 roku życia | ❑ Tak ❑ Nie |
|  | działającą w NGO | ❑ Tak ❑ Nie |
|  | która w rodzinie miała przypadki chorób otępiennych | ❑ Tak ❑ Nie |
|  | działającą w organizacjach senioralnych | ❑ Tak ❑ Nie |
|  | która ma styczność z osobami zagrożonymi/dotkniętymi chorobami otępiennymi | ❑ Tak ❑ Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:  ❑ wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie pn. **„NGO w profilaktyce chorób otępiennych**” realizowanym przez Stowarzyszenie Centrum Profilaktyki Senioralnej  ❑ Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki[[2]](#footnote-2).  ❑ Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.  ❑ Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o finansowaniu projektu ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030    ❑ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.  ❑ Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących projektu drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).  ❑ Wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym   w uprawnionych do tego instytucjach. | |
| Data | Czytelny podpis Kandydata do projektu |
|  |  |

1. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość [↑](#footnote-ref-1)
2. Regulamin projektu zamieszczony na stronie https://www.wspierajmarzenia.pl/oraz w siedzibie Realizatora projektu [↑](#footnote-ref-2)