



Formularz zgłoszeniowy do projektu
pn. „Przeciw Przemocy” współfinansowanego ze środków
Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
.....
/PESEL/

LP.		Płeć	<input checked="" type="checkbox"/> Kobieta <input checked="" type="checkbox"/> Mężczyzna
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
1.	Dane uczestnika	wykształcenie	<input checked="" type="checkbox"/> Podstawowe i niższe <input checked="" type="checkbox"/> gimnazjalne <input checked="" type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input checked="" type="checkbox"/> średnie <input checked="" type="checkbox"/> zawodowe <input checked="" type="checkbox"/> pomaturalne <input checked="" type="checkbox"/> wyższe
2.	Dane kontaktowe	Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	



		Nr lokalu	
		Kod pocztowy	
		Obszar	<input checked="" type="checkbox"/> Miejskie <input checked="" type="checkbox"/> wiejski
		Województwo	
		Powiat	
		Telefon	
		Adres poczty elektronicznej	
3.	Dane dodatkowe	Status rodziny uczestnika pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym*	<input checked="" type="checkbox"/> Współmałżonek <input checked="" type="checkbox"/> dzieci <input checked="" type="checkbox"/> rodzeństwo <input checked="" type="checkbox"/> rodzice <input checked="" type="checkbox"/> partner <input checked="" type="checkbox"/> inne osoby
		Status uczestnika na rynku pracy*	<input checked="" type="checkbox"/> Bierna/y/ zawodowo <input checked="" type="checkbox"/> bezrobotna/y/ <input checked="" type="checkbox"/> zatrudniona/y/ <input checked="" type="checkbox"/> emeryt/ka/, rencistka/a/ <input checked="" type="checkbox"/> rolnik <input checked="" type="checkbox"/> inne jakie.....
		Oczekiwania uczestnika co udzielanego w ramach projektu wsparcia*	<input checked="" type="checkbox"/> Poradnictwo prawne <input checked="" type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne



			<input checked="" type="checkbox"/> grupa wsparcia <input checked="" type="checkbox"/> terapia rodzinna <input checked="" type="checkbox"/> Szkoła dla rodziców
--	--	--	---

* właściwe podkreślić

Deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie **pt” Przeciw Przemocy”** realizowanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Staszowie w okresie od 1 czerwca 2019r do 31.12.2019r w ramach Programu Ochronowego pn „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” edycja 2019,

Niniejszym oświadczam, że podane w formularzu dane są zgodne z prawdą

.....
/data i czytelny podpis uczestnika/