Karta zgłoszenia do Programu

„Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024 - Moduł II

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko ……..

2. Adres ……

3. Telefony kontaktowe:

- Senior ……

- Osoba bliska/opiekun……

4. Data urodzenia: ……..

5. Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe (tak/nie)*

6. Osoba mieszkająca z osobami bliskimi (tak/nie)*

II. Informacja o stanie zdrowia Seniora:

1. Grupa/stopień niepełnosprawności: ……

2. Rodzaj niepełnosprawności:……

- Występujące choroby (w tym takie, które wpływają na nieprzewidywalność zmiany stanu zdrowia):

……
……..

3. Osoba leżąca (tak/nie)*

4. Osoba samodzielnie wychodząca z domu (tak/nie)*

III. Dlaczego Pan(i) potrzebuje „opaski bezpieczeństwa" monitorującej bezpieczeństwo i stan zdrowia Seniora:

……
……
……
……
……..

***właściwe podkreślić**

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że podane w formularzu zgłoszeniowym informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024- Moduł II (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. 119, z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Korpus Wsparcia Seniorów" na rok 2024 - Moduł II

Kije, …….. ……..

Podpis Seniora

…….

Data przyjęcia zgłoszenia