



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

„Walczymy o zdrowie z SM II”

Dane osobowe

1. Imię _____ Nazwisko _____

2. Data urodzenia ____ - ____ - ____ r.

3. PESEL _____

I. Dane kontaktowe

1. Miejsce zamieszkania:
ulica kod pocztowy miejscowość

2. Telefon: _____ e-mail _____

II. Informacje dodatkowe

1. Stopień niepełnosprawności*:

☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny

2. Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych*: ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb rekrutacji,
zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
(tekst jedn. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....
miejscowość i data

.....
podpis beneficjenta

*odpowiednie zakreślić X