**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

*Kompleksowa nowatorska opieka domowa nad osobą starszą w tym niesamodzielną z chorobą otępienną pt. "Dodajmy im skrzydeł"*

***Dane Beneficjenta:***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Wiek:  PESEL: |  |
|  |
| ***Dane kontaktowe do opiekuna faktycznego:*** |  |
| Imię i nazwisko:  Adres korespondencyjny  (ulica, kod pocztowy, miejscowość):  Telefon:  *\*wymagane*  E-mail:  *\*opcjonalnie* |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
| Jednostka chorobowa |  |
|  |  |
| *Opis uzupełniający:*  1) Opis stanu funkcjonalnego pacjenta dotyczący czynności dnia codziennego (proszę krótko opisać jakie czynności potrafi osoba samodzielnie wykonywać, a do jakich czynności potrzebuje pomocy?) |  |

*Uwagi dodatkowe:*

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje mogące wpłynąć na decyzję podczas rekrutacji |  |

Oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Opolskie Stowarzyszenie Rehabilitacji Neurologicznej i Funkcjonalnej, ul. Samborska 15, 45-316 Opole w celach rekrutacyjnych do projektu.

*data i podpis Beneficjenta/opiekuna faktycznego*