Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach”

**Formularz zgłoszeniowy do projektu DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach**

Ja ……………………………............................................................................…..niżej podpisany deklaruję chęć udziału w Projekcie DDOM przy Szpitalu Geriatrycznym im. J.P. II w Katowicach i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Nazwisko |   |
| Imię (Imiona) |   |
| Płeć (K/M) |   |
| Data urodzenia |   |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |   |
| PESEL |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)** |
| Kod pocztowy, Miejscowość |   |
| Województwo |   |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |   |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| Kod pocztowy, Miejscowość |   |
| Województwo |   |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |   |
| Numer telefonu kontaktowego  |   |
| Adres e-mail o ile dotyczy |   |

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU (który podpisuje Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)** |
| Imię i Nazwisko |  |
| Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. sąsiad) |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |   |
| Województwo |   |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |   |
| Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy) |   |
| Adres e-mail |   |

### Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| DATA | CZYTELNY PODPIS PACJENTA |