



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej



Formularz zgłoszenia do udziału w Programie „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2024 – MODUŁ II

	Dane Kandydata
Imię i Nazwisko
Adres zamieszkania
Osoba Samotna * właściwe podkreślić	TAK NIE
PESEL
Numer telefonu
CHOROBA * właściwe podkreślić	TAK – (proszę wskazać główne schorzenia) NIE
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ * właściwe podkreślić	TAK – podać (ustalony stopień niepełnosprawności) NIE
	Dane opiekuna / osoby zgłaszającej Uczestnika (w przypadku zgłoszenia Kandydata przez inną osobę /opiekuna)
Imię i Nazwisko opiekuna
Numer telefonu opiekuna
Czy jest opiekunem faktycznym kandydata * właściwe podkreślić	TAK NIE

Data przyjęcia zgłoszenia

.....
podpis kandydata w przypadku złożenia osobistego, lub opiekuna prawnego