Formularz rekrutacyjny projektu „Wsparcie pieczy zastępczej w Powiecie Iławskim”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | |
| Imię (imiona) |  | |
| Nazwisko |  | |
| PSESEL |  | |
| Data urodzenia |  | |
| Płeć | □ kobieta | □ mężczyzna |
| Obywatelstwo | □ polskie □ obywatel kraju UE □ obywatel kraju spoza UE | |
| Wykształcenie |  | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | |
| Kraj |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | |
| Niepełnosprawność | □ tak □ nie □ odmowa podania informacji | |

…..……………………………………………………………

data, czytelny podpis Uczestnika projektu