



Fundacja Byka za Rogi
 ul. Wyjątkowa 31 05-092 Lomianki
 tel. 531 263 866 www.fundacjabykazarogi.org
 e-mail: fundacjabykazarogi@gmail.com
 KRS: 0000638393
 konto: 40 1090 1014 0000 0001 3347 1795



Państwowy Fundusz
 Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych

.....dnia.....

KARTA ZGŁOSZENIOWA
 do projektu
PRACUJĄC MOGĘ WIĘCEJ OSIĄGNAĆ

realizowanego na podstawie umowy
 UM/PW9/2024/2/DEPT_DS_WSPOLPRACA/3957 ze środków PFRON
 realizowanego w okresie 01.04.2024-31.03.2027

nazwisko i imiona.....

data urodzenia.....

Adres zamieszkania: kod miejscowość.....

gmina dzielnica.....

ulica i numer domu

KONTAKT:

tel.....

e-mail.....

DIAGNOZA (choroba, zaburzenie, wiodące dysfunkcje):

.....

ZATRUDNIENIE

(postaw krzyżyk w polu po lewej stronie właściwej opcji)

<input type="checkbox"/>	nieaktywny zawodowo
<input type="checkbox"/>	poszukujący pracy niezatrudniony
<input type="checkbox"/>	poszukujący pracy zatrudniony
<input type="checkbox"/>	bezrobotny
<input type="checkbox"/>	zatrudniony w ZAZ
<input type="checkbox"/>	zatrudniony w ZPCH
<input type="checkbox"/>	zatrudniony na otwartym rynku pracy

* Niepotrzebne skreślić

nie dotyczy

WYKSZTAŁCENIE/AKTUALNIE UKOŃCZONY ETAP EDUKACJI

(postaw krzyżyk w polu po lewej stronie właściwej opcji)

<input type="checkbox"/>	przed obowiązkiem szkolnym
<input type="checkbox"/>	niepełne podstawowe lub w trakcie nauki w szkole podstawowej
<input type="checkbox"/>	podstawowe
<input type="checkbox"/>	gimnazjalne
<input type="checkbox"/>	średnie
<input type="checkbox"/>	zawodowe
<input type="checkbox"/>	policealne
<input type="checkbox"/>	wyższe

REJESTRACJA w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP)

<input type="checkbox"/>	zarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/>	niezarejestrowany w PUP
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------

UCZESTNICTWO W WTZ

<input type="checkbox"/>	uczestnik WTZ	<input type="checkbox"/>	absolwent WTZ	<input type="checkbox"/>	nie był w WTZ
--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------

KONTAKT DO OPIEKUNA PRAWNEGO (jeśli jest)

Imię i nazwisko ojca (opiekuna).....

Tel..... **e-mail**.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki).....

Tel..... **e-mail**.....

DEKLARACJA UCZESTNIKA/ OPIEKUNA PRAWNEGO* UCZESTNIKA

Wyrażam zgodę na wykonywanie mi/mojemu podopiecznemu* zdjęć i nagrań wideo podczas zajęć i wykorzystywanie ich w sprawozdaniach z realizacji projektu oraz w materiałach promocyjnych fundacji (foldery, ulotki, strona internetowa, portale społecznościowe)

.....
(data)

.....
(podpis/y)

* Niepotrzebne skreślić