

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRACUJĄCEJ OSOBY DOROSŁEJ do projektu „Koalicja na rzecz usług asystenckich”

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	
Informacja o zatrudnieniu (proszę wpisać tak i rodzaj umowy)	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....

(data)

.....

(podpis)

Uwaga! Dokumentem obowiązkowym przesłanym razem z niniejszym formularzem jest skan/zdjęcie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.