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