Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji
do ośrodka wsparcia – Klubu Senior+

……..
Pieczęć GOPS

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W KLUBIE SENIOR+

1. Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestniczenie w Klubie Senior+ z siedzibą w Soczewce, ul. ks. Pawła Kwiatkowskiego, 09-506 Soczewka.
2. Deklaruję chęć udziału w spotkaniach organizowanych w ramach Klubu Senior+ oraz aktywnego udziału w zajęciach, działaniach i inicjatywach podejmowanych przez Klub Senior+.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do udziału w Klubie Senior+, tj.:
   1) jestem mieszkanką/mieszkańcem gminy Nowy Duninów;
   2) jestem nieaktywna/y zawodowo;
   3) ukończyłam/em 60 lat.
4. Oświadczam, że nie przerwę uczestnictwa w Klubie z przyczyn nieuzasadnionych.

DANE OSOBOWE	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Jestem osobą nieaktywną zawodowo[1)]	☐ **TAK** ☐ **NIE**

Zadanie jest współfinansowane ze środków Wojewody Mazowieckiego w ramach Programu Wieloletniego „Senior+" na lata 2015-2020 oraz budżetu gminy Nowy Duninów

KRYTERIA DODATKOWO PUNKTOWANE			PUNKTY
Jestem osobą niepełnosprawną[1)]	□ **TAK**	□ **NIE**	
Jestem osobą samotną w gospodarstwie domowym[1)]	□ **TAK** □ **NIE** mój dochód □ **przekracza** /□ **nie przekracza** kwoty 150% kryterium dochodowego, tj. 1 051,50 zł		
Jestem osobą żyjącą w rodzinie[1)]	□ **TAK** □ **NIE** w której dochód □ **przekracza** / □ **nie przekracza** kwoty 150% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, tj. 792,00 zł		

……
(Data i czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów bieżącej i przyszłych rekrutacji oraz otrzymywania wsparcia w ramach Klubu Senior+ z siedzibą w Soczewce, ul. ks. Pawła Kwiatkowskiego 1, 09-506 Soczewka.
Jestem świadoma/my, że mam prawo wycofać zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....
(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

[1)]Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź wstawiając znak X

SENIOR +

Zadanie jest współfinansowane ze środków Wojewody Mazowieckiego w ramach Programu Wieloletniego „Senior+" na lata 2015-2020 oraz budżetu gminy Nowy Duninów