Załącznik nr 3
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Z pokolenia na pokolenie – kompleksowe wsparcie rodzin w powiecie kartuskim"

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – WYBÓR WSPARCIA PROJEKTOWEGO
w ramach Projektu *„Z pokolenia na pokolenie – kompleksowe wsparcie rodzin w powiecie kartuskim"*

Część I – wypełnia uczestnik/ rodzic/ opiekun prawny – DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko	
PESEL	
Zadanie 2. Opieka deinstytucjonalna – powiat kartuski	

Mając na uwadze formy wsparcia oferowane w ramach projektu
„Z pokolenia na pokolenie – kompleksowe wsparcie rodzin w powiecie kartuskim"
deklaruję chęć uczestnictwa w:

	Fizjoterapeuta – uczestnik - Środowiskowy Dom Samopomocy w Kobysewie
	Psycholog - uczestnik i/lub jego opiekun - Środowiskowy Dom Samopomocy w Kobysewie
	Mobilny dietetyk
	Mobilny prawnik
	Mobilny mediator
	Mobilny logopeda
	Mobilny psycholog
	Mobilny fizjoterapeuta
	Logopeda stacjonarny – Kartuzy
	Fizjoterapeuta stacjonarny – Kartuzy
	Zajęcia fizjoterapeutyczne na basenie
	Deinstytucjonalne wsparcie dla mieszkańców

……..
Miejscowość, data

……..
Czytelny podpis
Uczestnika/ Uczestniczki

……..
Czytelny podpis
Rodzica/ opiekuna prawnego

Potwierdzam skierowanie Pani/ Pana …… do udziału w/w formach wsparcia.

……..
Data i podpis

Zatwierdzam formularz pod względem formalnym
(zatwierdza Starostwo Powiatowe w Kartuzach)

……..
Data i podpis