

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
„SIŁA MOŻLIWOŚCI”**

NAZWISKO:.....

IMIONA:

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA:

NUMER DOMU:

NUMER LOKALU:

POWIAT, KOD POCZTOWY:

WOJEWÓDZTWO:

NUMER PESEL:

DATA URODZENIA:

PŁEĆ:

- KOBIEТА
- MĘŻCZYŻNA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- ZNACZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
- UMIARKOWANY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
- LEKKI STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
- ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

UCZESTNICTWO W WTZ:

- UCZESTNICY WTZ
- ABSOLWENCI WTZ
- NIE BYLI W WTZ

ZAMIESZKANIE:

- MIASTO DO 20 TYS. MIESZKAŃCÓW
- MIASTO 20 TYS. - 50 TYS. MIESZKAŃCÓW
- MIASTO 50 TYS - 100 TYS. MIESZKAŃCÓW

- POWYŻEJ 100 TYS. MIESZKAŃCÓW
- WIEŚ

WYKSZTAŁCENIE:

- PRZED OBOWIĄZKIEM SZKOLNYM
- ZAJĘCIA REWALIDACYJNE
- NIEPEŁNE PODSTAWOWE
- PODSTAWOWE
- GIMNAZJALNE
- ZAWODOWE
- ŚREDNIE
- POLICEALNE
- WYŻSZE

ZATRUDNIENIE:

- NIEAKTYWNI ZAWODOWO
- POSZUKUJĄCY PRACY NIEZATRUDNIENI
- POSZUKUJĄCY PRACY ZATRUDNIENI
- BEZROBOTNI
- ZATRUDNIENI W ZAZ
- ZATRUDNIENI W ZPCH
- ZATRUDNIENI NA AKTYWNYM RYNKU PRACY
- NIE DOTYCZY

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- AUTYZM
- CHOROBY PSYCHICZNE
- INNE PRZYCZYNY
- NARZĄD RUCHU
- NARZĄD SŁUCHU
- NARZĄD WZROKU
- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA
- OGÓLNY STAN ZDROWIA
- UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE

REJESTRACJA W PUP:

- NIEZAREJESTROWANY W PUP
- ZAREJESTROWANY W PUP

.....
Data i podpis