

**KARTA ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU „KORPUS WSPARCIA SENIORA” NA 2026 ROK
- MODUŁ II TELEOPIEKA**

DANE OSOBOWE KADYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE		
IMIĘ I NAZWISKO		
DATA URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA		
TELEFON (jeśli kandydat posiada)		
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO – W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWIIONEJ		
IMIĘ I NAZWISKO		
TELEFON		
KRYTERIA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE (właściwe zaznaczyć)		
	TAK	NIE
Mam ukończone 60 lat		
Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe		
Mieszkam z osobami bliskimi, które nie mogą zapewnić mi wystarczającego wsparcia		
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na stan zdrowia		
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na niepełnosprawność		
OŚWIADCZENIE OBOWIĄZKOWE		
Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z prowadzeniem rekrutacji i uczestnictwa w Programie.		
Zapoznałem/-łam się z treścią regulaminu rekrutacji i udziału w Programie „Korpus Wsparcia Seniora” na 2026 rok moduł II Teleopieka i akceptuję jego treść.		
<p>.....</p> <p align="center">(Miejscowość i data)</p>		
<p>.....</p> <p align="center">(podpis Kandydata/ kandydatki)</p>		

Realizator: Gmina Ścinawa/ Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ścinawie
ul. T. Kościuszki 1, 59-330 Ścinawa
tel. 76 84 12 620, e-mail: mgops@scinawa.pl