



ANKIETA ZGŁOSZENIA WSTĘPNEGO
Projekt SSI START-Poznań
Twoje Bariery Twoim Wyzwaniem
projekt aktywizacji zawodowej



I. DANE OSOBOWE

Imię:		Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	Wiek:	PESEL:	

II. ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:		Miejscowość:	
Powiat:		Województwo:	
obszar miejski <input type="checkbox"/>		obszar wiejski <input type="checkbox"/>	

III. ADRES DO KORESPONDENCJI

(Należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:		Miejscowość:	

IV. DANE KONTAKTOWE

Telefon stacjonarny:	Adres e-mail:
Telefon komórkowy:	

V. DANE DODATKOWE

Wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe Zawód wyuczony:	Orzeczenie o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> umiarkowane <input type="checkbox"/> znaczne Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
dokładny opis schorzenia: poruszam się na wózku inwalidzkim: NIE, TAK choroba psychiczna: NIE, TAK – (dokładny opis)	

Oświadczam, że:

- **jestem osobą nie pracującą - zarejestrowaną w PUP:** NIE, TAK
- **nie jestem uczestnikiem WTZ**
- **nie jestem pracownikiem ZAZ**

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Ankiety prosimy wysłać jak najprędzej na adres :
Sportowe Stowarzyszenie Inwalidów „START”
ul.Zacisze 2, PL. 60-831 Poznań
tel/fax: (0 61) 8483-189 , 8411-059 e-mail: start@start.org.pl www.start.org.pl