

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE PN.
„TRENING MENTALNY Martial Arts JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA PROCES LECZENIA
OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI”

Udział w Projekcie jest bezpłatny. Osoby, które zgłoszą chęć uczestnictwa i zostaną zakwalifikowane do Projektu, wezmą udział w **warsztatach stacjonarnych treningu Martial Arts** realizowane w dwóch grupach maksymalnie 15 osobowych w przewidywanym okresie od 20 lipca do 30 października 2015 roku zgodnie z harmonogramem ustalonym po zakończonym procesie rekrutacji jednak nie częściej niż 2 razy w tygodniu w bloku maksymalnie 2 h, w Sali przy ul. Orkana 139 B w Częstochowie/ NZOZ Egomedica Centrum Zdrowia Psychicznego.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszeniowego.

I DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

Nazwisko	
Imię/Imiona	
Data urodzenia	
PESEL	
Miejsce zameldowania	(ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod pocztowy, poczta, powiat, wojew.)
Adres do korespondencji	(ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod pocztowy, poczta, powiat, wojew.)
Telefon	
E-mail	

Na podstawie art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 roku Nr 13 poz. 883 informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Stowarzyszenie Sztuki i Sportów Walki „BACKFIST”, wyłącznie dla celów zgodnych z obowiązującymi przepisami dla realizacji zadania publicznego w ramach otwartego konkursu ofert na zadania publiczne Województwa Śląskiego w dziedzinie promocji i ochrony zdrowia psychicznego. Ma Pani/Pan prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania. **PODANIE DANYCH JEST OBOWIĄZKOWE.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

Zgłoszony spełnia/nie spełnia* kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.

Rekomenduję/nie rekomenduję¹ uczestnictwo w projekcie

.....
(imię i nazwisko osoby zgłoszonej)

Potrzebę wspomagania leczenia dodatkową metodą terapeutyczną określam w skali od 1 do 10 na

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis lekarza psychiatry)

Rekomenduję/nie rekomenduję* uczestnictwo w warsztatach Martial Arts

.....
(imię i nazwisko osoby zgłoszonej)

Oceniam predyspozycje fizyko-motoryczne do udziału w warsztatach w skali od 1 do 5 na

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis trenera Martial Arts)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a
dobrowolnie deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. „TRENING MENTALNY Martial Arts JAKO METODA WSPOMAGAJĄCA PROCES LECZENIA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI” oraz oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego zapisy jednocześnie **zobowiązując się do regularnego, punktualnego i aktywnego uczestniczenia w warsztatach.** Oświadczam także, że zostałam/em poinformowana/y, iż projekt realizowany jest ze współudziałem środków publicznych Województwa Śląskiego, a także zostałam/am pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika/czki)

¹ Rekomendacja specjalisty została przygotowana na podstawie konsultacji indywidualnych.
Projekt jest współfinansowany ze Środków Publicznych Województwa Śląskiego