

Załącznik nr 1  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

**do projektu „Pomagamy na niebiesko II”-kontynuacja  
na okres - Od 10.2021-do 07.2022 ( z możliwością przedłużenia )**

realizowanego w ramach Osi Priorytetowej VI Integracja, Działania 6.2 Usługi społeczne,  
Poddziałania 6.2.2 Rozwój usług społecznych

### CZĘŚĆ A

Realizator projektu:	<b>Malborska Fundacja Rozwoju Regionalnego</b>
Partner Projektu:	<b>Specjalny Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem z siedzibą w Malborku</b>
Tytuł projektu:	<b>Pomagamy na niebiesko II</b>
Nr projektu:	<b>RPPM.06.02.02-22-0090/20</b>

Dane uczestnika:	
Imię (imiona):	
Nazwisko:	
Kryteria rekrutacji: (proszę zaznaczyć znakiem X)	
Status uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> <b>wiek od 3 do 18 lat</b> <input type="checkbox"/> <b>posiadanie orzeczenia o zaburzeniach ze spektrum autyzmu</b>
Inne istotne informacje. Co skłoniło Panią/Pana żeby rozpocząć diagnozowanie dziecka?	

## CZĘŚĆ B

Ja niżej podpisana/y zobowiązuje się do przestrzegania zapisów regulaminu **REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „POMAGAMY NA NIEBIESKO II” z dnia 02.09.2021**

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

*Świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.*

.....  
*data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego*

## OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że ....., uczestniczy/nie uczestniczy<sup>1</sup> w dodatkowych zajęciach poza Specjalnym Ośrodkiem Rewalidacyjno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Malborku

.....  
*data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem*

---

<sup>1</sup> Nie właściwie skreślić

Wyrażam zgodę na udział.....

- w diagnozach/konsultacjach w ramach projektu zarekomendowanych przez Radę Programową w Indywidualnym Planie Terapeutycznym
- w superwizjach i/lub wsparciu psychologiczno-terapeutycznym w ramach projektu

.....

*data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem*

Oświadczam, że jestem świadomy iż, nie zaakceptowanie zapisów IPT w zakresie oferowanych form wsparcia powoduje brak możliwości realizacji poszczególnych form wsparcia.

.....

*data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem*

