

**ZGŁOSZENIE DO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

**„Korpus Wsparcia Seniorów” na rok 2025**

Ja niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko Pacjenta: \_\_\_\_\_  
wypełnić drukowanymi literami

Numer PESEL/data urodzenia: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że\*:

a. zamieszkuję na terenie miasta Gniezna,

b. jestem osobą:

- samotnie zamieszkującą

- zamieszkującą z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić mi wystarczającego wsparcia

c. jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,

d. posiadam / nie posiadam orzeczony .....stopień niepełnosprawności (proszę wskazać)

\* właściwe podkreślić

- ✓ Wyrażam zgodę na objęcie mnie świadczeniami poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość” przyznanych mi zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w Programie przez cały czas mojego uczestnictwa w Programie.
- ✓ Oświadczam, że akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w Programie „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” na rok 2025 realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie.
- ✓ Otrzymałam/em Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie, przy ulicy Dworcowej 7, 62-200 Gniezno.

Oświadczam, że informacje zawarte w Zgłoszeniu do uczestnictwa w Programie są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy.

\_\_\_\_\_  
(Data i miejsce)

\_\_\_\_\_  
(Czytelny podpis )