**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNKI/-NA**

**do projektu „Usługi sąsiedzkie w Aglomeracji Opolskiej”**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O OPIEKUNIE/-CE:** (proszę wypełnić drukowanymi literami) |
| **Imię i nazwisko opiekuna/-ki** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Proponowane dni świadczenia usług – minimum 3 w tygodniu (wymienić) i godziny ich świadczenia** |  |
| **Proponowana liczba godzin w tygodniu – minimum 5 w tygodniu** |  |
| **Proponowany zakres usług na rzecz podopiecznego/podpopiecznej** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O PODOPIECZNYM/-EJ:** (proszę wypełnić drukowanymi literami) |
| **Imię i nazwisko podopiecznego/-ej** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu** |  |

***Zdjęcie lub skan formularza proszę przesłać na adres:*** ***biuro@fleximind.pl*** ***w terminie do 30.11.2020 r. godz. 20.00.***