**OBRAZAC - UKLJUČIVANJE U PROJEKT**

**„** **Pružanje usluga starijim osobama i osobama s invaliditetom u triljskom kraju“**

**Kodni broj: SF.3.4.11.01.0416 korisnika Grada Trilja**

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

s prebivalištem na adresi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

OIB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izjavljujem da želim biti korisnik/ca usluga u projektu.

*Da bi osoba bila korisnik/ca* ***usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu starijim osobama i osobama s invaliditetom*** *MORA ispunjavati:*

1. *SVE uvjete za ciljnu skupinu 1. - OSOBE STARIJE OD 65 GODINA (65 i više godina) ili*
2. *SVE uvjete za ciljnu skupinu 2. - ODRASLE OSOBE S INVALIDITETOM (18 i više godina)*

Molimo zaokružiti.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovom obrascu točni i potpuni te ovlašćujem nadležne da iste imaju pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i upotrebljavati u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima.

Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

