



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Zgłoszenie do ZUS Stażysty/członka rodziny Stażysty w ramach projektu
„SPEKTRUM MOŻLIWOŚCI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ”**

Nazwisko i imię	
Nazwisko rodowe	
Stopień pokrewieństwa (dot. zgłoszenia członka rodziny)	
PESEL	
NIP	
Data urodzenia	
Seria i nr dowodu osobistego	
Obywatelstwo	
Nr renty / emerytury	
Stopień niepełnosprawności:	lekki, umiarkowany, znaczny
Oddział NFZ	
Numer konta bankowego	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu	
Adres zamieszkania	
Data i podpis	

Skreślić niewłaściwe. W przypadku zgłoszenia członka rodziny nie podaje się numeru konta



Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile
ul. Kossaka 16 64-920 Pila



POKL.07.04.00-30-055/13