



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSÓB Z AFAZJĄ i DLA OPIEKUNÓW

(RPWP.07.01.02-30-0173/18)

do projektu pn. „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” realizowanego przez STOWARZYSZENIE „AFAZJA”, STOWARZYSZENIE „PSYCHE, SOMA, POLIS” i FUNDACJĘ INTEGRACJI SPOŁECZNEJ „ABRAMIS”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa 7. Włączenie społeczne, Działanie 7.1 Aktywna Integracja, Poddziałania 7.1.2 - Aktywna integracja

Potwierdzenie przyjęcia w dniui podpis osoby przyjmującej

Prosimy o wpisanie swoich danych osobowych w sposób czytelny, zaznaczanie właściwego okienka lub podanie wymaganych informacji.

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Adres zamieszkania	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Nr PESEL	
6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne / Ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Brak
7.	Telefon kontaktowy	
8.	Oświadczam, że należę do grupy docelowej	<input type="checkbox"/> Jestem osobą z afazją - należy dołączyć oryginał zaświadczenia lekarskiego o afazji według dowolnego wzoru. <input type="checkbox"/> Jestem opiekunem osoby z afazją 1- imię i nazwisko osoby z afazją oraz należy dołączyć oryginał zaświadczenia lekarskiego o afazji tej osoby według dowolnego wzoru. <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych
9.	Oświadczam, że jestem osobą z	<input type="checkbox"/> Tak – należy dołączyć kopię orzeczenia/opinii o

1 Opiekun osoby z afazją - osoba spokrewniona lub niespokrewniona z osobą z afazją, wspólnie zamieszkująca i gospodarująca, a także inna osoba z najbliższego środowiska osoby z afazją, która na co dzień wspiera ją w funkcjonowaniu.

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

Kontakt
 Biuro Projektu: Stowarzyszenie „Afazja”
 ul. Bukowska 27/29
 60-501 Poznań

tel. 693295202, 724394919,
 stowarzyszenie.afazja@o2.pl



	niepełnosprawnością	niepełnosprawności zgodnej z właściwą ustawą <input type="checkbox"/> Nie
10.	Jeśli dotyczy, proszę podać stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
11	Proszę krótko opisać usprawnienia, jakich wymaga Pan/Pani w związku ze swoją niepełnosprawnością, aby w pełni uczestniczyć w działaniach projektowych
12.	Oświadczam, że jestem osobą/osobą z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12a	Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć przesłanki wykluczenia społecznego podane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.	<input type="checkbox"/> korzystam lub jestem członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej , tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej ² , <input type="checkbox"/> jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych , o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r. poz. 382); <input type="checkbox"/> jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii , o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz.2572 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)

² Zgodnie z Art. 7. pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, niepełnosprawności, długotrwałej i ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach wielodzietnych lub niepełnych, trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego lub sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej.



		<p>lub z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);</p> <p><input type="checkbox"/> jestem członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;</p> <p><input type="checkbox"/> jestem osobą niesamodzielną;</p> <p><input type="checkbox"/> jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</p> <p><input type="checkbox"/> jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.</p>
13	Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie objętym lokalnym programem rewitalizacji obszarów zdegradowanych ³	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
14.	Oświadczam, że przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
15.	Oświadczam, że jestem osobą, która na rynku pracy posiada status w chwili przystąpienia do projektu:	<p><input type="checkbox"/> Osoby biernej zawodowo - należy dołączyć oryginał oświadczenia, według wzoru załączonego do formularza.</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby pracującej – (niezależnie od rodzaju umowy) – w przypadku osoby z afazją należy dołączyć kopię zaświadczenia lekarskiego o chorobie/decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego z powodu długotrwałej choroby.</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> inne,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie.</p> <p><input type="checkbox"/> zatrudniona w:należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony, Wykonywany zawód:</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego,</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego,</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego,</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy,</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p>

³ Wykaz zatwierdzonych programów rewitalizacji gmin województwa wielkopolskiego znajduje się w biurze projektu oraz na stronie www.afazja.eu.



- rolnik,
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej,
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej,
- instruktor praktycznej nauki zawodu,
- inny.

Osoby bezrobotnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy - należy dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.

Osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy - Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.

W tym długotrwale bezrobotnego - Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie,

Osoba uczącej się,

Osoby nieuczestniczącej w kształceniu lub szkoleniu

Oświadczenia:

Oświadczam, że jestem osobą zamieszującą m. Poznań lub powiat poznański: gminy: Buk, Czerwonak, Dopiewo, Kleszczewo, Komorniki, Kostrzyn, Kórnik, Luboń, Mosina, Murowana Goślina, Pobiedziska, Puszczykowo, Rokietnica, Sęszew, Suchy Las, Swarzędz, Tarnowo Podgórne w rozumieniu kodeksu cywilnego,⁴

Oświadczam, że jestem osobą z afazją spowodowaną organicznym uszkodzeniem mózgu, spełniającą przesłanki, o których mowa w definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w rozumieniu definicji wskazanej w Regulaminie rekrutacji i udziału w Projekcie.

Oświadczam, że informacje podane przez mnie w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą i aktualne.

Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie tego formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

Zobowiązuję się do przekazania informacji o mojej sytuacji społeczno- zawodowej w okresie do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie, w tym do przekazania dokumentów ją potwierdzających.

.....
MIJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

⁴Przez miejsce zamieszkania w rozumieniu art.25 kodeksu cywilnego jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Do Formularza Zgłoszeniowego dla osób z afazją należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) oryginał zaświadczenia lekarskiego o afazji według dowolnego wzoru,
- 2) kopię orzeczenia/opinii o niepełnosprawności – jeżeli dotyczy,
- 3) oryginał oświadczenia dla osób biernych zawodowo – jeżeli dotyczy,
- 4) zaświadczenie lekarskie o chorobie powodującej afazję – dotyczy osób zatrudnionych, przebywających na zwolnieniu lekarskim,
- 5) decyzję o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego z powodu długotrwałej choroby – dotyczy osób przebywających na świadczeniu rehabilitacyjnym.

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

Kontakt
Biuro Projektu: Stowarzyszenie „Afazja”
ul. Bukowska 27/29
60-501 Poznań

tel. 693295202, 724394919,
stowarzyszenie.afazja@o2.pl



.....

.....

.....

imię i nazwisko oraz adres Uczestnika/czki Projektu

Oświadczenie dla osób biernych zawodowo

Oświadczam, że na dzień składania formularza rekrutacyjnego do projektu „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jestem osobą bierną zawodowo, zgodnie z definicją osoby biernej zawodowo, rozumianej jako osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest osobą bezrobotną.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/ CZKI PROJEKTU

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

Kontakt
Biuro Projektu: Stowarzyszenie „Afazja”
ul. Bukowska 27/29
60-501 Poznań

tel. 693295202, 724394919,
stowarzyszenie.afazja@o2.pl



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją”, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) W odniesieniu do zbioru „Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020”:

a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 320) z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1303/2013,

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 470 z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1304/2013,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 z późn. zm.) zwaną dalej ustawą wdrożeniową.

2) W odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

a) rozporządzenia 1303/2013, b) rozporządzenia 1304/2013, c) ustawy wdrożeniowej, d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. U. UE. L. 2014.286.1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu (RPWP.07.01.02-30-0173/18), w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Szyperskiej 14, 61-754 Poznań, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Stowarzyszeniu „Afazja”, Os. Batorego 31E/79-80, 60-689 oraz neuro/logopedom, neuro/psychologom i fizjoterapeutom pracującym na zlecenie Stowarzyszenia oraz Partnerom - Stowarzyszenie „Psyche,Soma,Polis”, ul. Wierzbicice 18/5 w Poznaniu i Fundację Integracji Społecznej „Abramis” ul. Brzozowa 10/2, 59-900 Zgorzelec. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta w szczególności kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 z uwzględnieniem okresu archiwizacji przewidzianego przepisami prawa.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej, odpowiednio: a) inspektor.ochrony@umww.pl - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 b) iod@miir.gov.pl - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/ CZKI PROJEKTU

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

Kontakt
Biuro Projektu: Stowarzyszenie „Afazja”
ul. Bukowska 27/29
60-501 Poznań

tel. 693295202, 724394919,
stowarzyszenie.afazja@o2.pl



.....

.....

.....

imię i nazwisko oraz adres Uczestnika/czki Projektu

Oświadczenie uczestnika/ czki projektu o wrazeniu zgody na publikacje wizerunku

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęć wykorzystanych przez Stowarzyszenie Afazja w mediach zewnętrznych/ internecie w związku z uczestnictwem w projekcie pn. „Afatar - kompleksowa reintegracja osób z afazją” w celu realizacji informacji i promocji przedmiotowego przedsięwzięcia.⁵

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/ CZKI PROJEKTU

⁵dobrowolnie

Projekt „AFATAR – kompleksowa reintegracja osób z afazją” jest realizowany przez Stowarzyszenie Afazja z partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja

Kontakt
Biuro Projektu: Stowarzyszenie „Afazja”
ul. Bukowska 27/29
60-501 Poznań

tel. 693295202, 724394919,
stowarzyszenie.afazja@o2.pl