Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| „Skuteczny program aktywizacji zawodowo-edukacyjnej niepełnosprawnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego” | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ (IMIONA) |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| WIEK w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | PŁEĆ | | | KOBIETA MĘŻCZYZNA | | | | | | |
| PESEL |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| DATA URODZENIA |  | | | | | | | | MIEJSCE URODZENIA | | | |  | | | |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA1 | WOJEWÓDZTWO | | |  | | | | | | | | | | | | |
| POWIAT | | |  | | | | | GMINA | | | |  | | | |
| MIEJSCOWOŚĆ | | |  | | | | | KOD POCZTOWY | | | |  | | | |
| ULICA | | |  | | | | | | | | | | | | |
| NR BUDYNKU | | |  | | | | | NR LOKALU | | | |  | | | |
| TELEFON | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | ADRES E-MAIL | | |  | | | | | | | | | | | | |
| WYKSZTAŁCENIE |  | **niższe niż podstawowe** (brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **podstawowe** (kształcenie na poziomie szkoły podstawowej) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **gimnazjalne** (kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **ponadgimnazjalne** (kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **policealne** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym ) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **wyższe** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY** | | | |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**  *osoba która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni* | TAK NIE | | |
| **AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA (**wpisać TAK lub NIE) | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec) | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym[[1]](#footnote-1) bez osób pracujących  *(Gospodarstwo domowe, w którym żaden człowiek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są bezrobotni albo bierni zawodowo).* | |  |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  *(Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)* | |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - *wpisać w jakiej* | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami[[2]](#footnote-2)  *(osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)* | |  |
| Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać grupę) | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DO UMOWY SZKOLENIOWEJ/STAŻOWEJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIA i NR dowodu osobistego: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dowód osobisty wystawiony przez: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres Urzędu Skarbowego: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NR KONTA BANKOWEGO | |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna (jeśli dotyczy).

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

..............................................., dnia ......................... ...............................................................

Miejscowość czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

**Ponadto oświadczam że:**

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Skuteczny program aktywizacji zawodowo-edukacyjnej niepełnosprawnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”.
2. Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
5. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
6. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, ze zm.).
7. Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
8. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzieło lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenia z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
9. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu
10. Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.

..............................................., dnia ........................... ...............................................................................

Miejscowość czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

1. Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535). [↑](#footnote-ref-2)