Załącznik nr 1

 **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |
| --- |
| **„Skuteczny program aktywizacji zawodowo-edukacyjnej niepełnosprawnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego III”** |
| IMIĘ (IMIONA)  |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PŁEĆ |  KOBIETA MĘŻCZYZNA |
| DATA URODZENIA |  | WIEK w chwili przystąpienia do projektu |  |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA | WOJEWÓDZTWO |  |
| POWIAT |  | GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | KOD POCZTOWY |  |
| ULICA  |  |
| NR BUDYNKU |  | NR LOKALU |  |
| TEREN WIEJSKI |  | SPECJALNA STREFA WŁĄCZENIA  |  |
| 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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - *wpisać w jakiej* |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami[[1]](#footnote-1)*(osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)* |  |
| Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać grupę) |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE****Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, iż:** |
| **MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA PODJĘCIE PRACY** *(nie posiadam orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy).* | Tak  | Nie  |

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

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.

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 III”.
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 (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.).
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 Realizatorowi Projektu informacji na temat mojej sytuacji zawodowej i statusu na rynku pracy w ciągu do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
9. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku- w przypadku podjęcia pracy- przekazania do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie Realizatorowi 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.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu
11. 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. 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-1)