Załącznik nr 1 do Regulaminu

rekrutacji i udziału w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROJEKTU:**

„Reintegracja- Aktywizacja- kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców powiatów wejherowskiego i puckiego”

|  |
| --- |
| 1. **DANE PODSTAWOWE**
 |
| **nazwisko** |  |
| **imię** |  |
| **płeć** | **□ kobieta** | **□ mężczyzna** |
| **PESEL** |  |
| **data urodzenia** |  |
| **telefon kontaktowy** |  |
| **adres e-mail** |  |
| **adres zamieszkania** | **ulica** |  |
| **numer domu/lokalu** |  |
| **miejscowość** |  |
| **kod pocztowy** |  |
| **powiat** |  |
| **gmina** |  |
| **adres do korespondencji** (jeśli inny niż adres zamieszkania) |  |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE**
 |
| **□ niższe niż podstawowe** |
| **□ podstawowe** |
| **□ gimnazjalne** |
| **□ ponadgimnazjalne** |
| **□ wyższe** |
| 1. **STATUS NA RYNKU PRACY**
 |
| **osoba bezrobotna (zgodnie z definicją ujętą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa z projekcie)** | **□ tak** |
| **□ nie** |
| **osoba zarejestrowana w urzędzie pracy** | **□ tak** |
| **□ nie** |
| **osoba długotrwale bezrobotna (zgodnie z definicją ujętą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)** | **□ tak** |
| **□ nie** |
| **osoba bierna zawodowo (zgodnie z definicją ujętą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa z projekcie)** | **□ tak** |
|  | **□ nie** |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
 |
| **osoba z niepełnosprawnościami (zgodnie z definicją ujętą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)** | **□ tak** |
| **□ nie** |
| **□ odmawiam podania informacji** |
| **rodzaj niepełnosprawności** | **□ nie dotyczy** |
| **□ lekki** |
| **□ umiarkowany** |
| **□ znaczny** |
| 1. **INNE INFORMACJE\* (zaznaczyć właściwe)**
 |
| □ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia□ Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej □ Osoba, której rodzina przeżywa trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, □ Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); □ Rodzina 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; □ Osoba zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015r. poz. 149, z późn. zm.); □ Osoba niesamodzielna; □ Osoba bezdomne lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |
| 1. **OŚWIADCZENIA**
 |
| 1. **Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**
2. **Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Reintegracja- Aktywizacja- kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców powiatów wejherowskiego i puckiego” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.**
3. **Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.**
4. **Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, określone w ww. Regulaminie.**
5. **Nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych, oferującym tożsame formy wsparcia.**
6. **W przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia w trakcie trwania projektu „Reintegracja- Aktywizacja- kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców powiatów wejherowskiego i puckiego”, jak również w okresie 3 miesięcy (co najmniej 90 dni kalendarzowych) następujących po dniu, w którym zakończyłem/am udział w niniejszym projekcie, zobowiązuję się przekazać dane oraz dokumenty potwierdzające podjęcie przeze mnie pracy oraz udzielić informacji pomocnych w ocenie dokonania postępu w procesie aktywizacji społeczno- zatrudnieniowej.**
 |
| **Miejscowość i data:** | **………………………………………………** |
| **Czytelny podpis:** | **……………………………………………….** |