Załącznik nr 1 do Regulaminu

rekrutacji i udziału w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROJEKTU:** **„Czas zacząć działać!” – kompleksowy program aktywizacji społeczno – zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców Gminy Puck**

|  |
| --- |
| 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 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); □ Osoba, której rodzina przeżywa trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, □ osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą□ osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości□ Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczych i młodzieżowym ośrodku socjoterapii□ 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 niesamodzielna; □ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego□ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |
| 1. **OŚWIADCZENIA**
 |
| 1. Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę udziałuw projekcie **„Czas zacząć działać!” – kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców Gminy Puck** realizowanym przezGminę Puck z siedzibą ul. 10 Lutego 29, 84-100 Puck w partnerstwie z Fundacją Phenomen z siedzibą w Pucku, ul. Wejherowska 16/2, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
2. **Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**
3. **Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Czas zacząć działać!” – kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców Gminy Puck jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.**
4. **Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.**
5. **Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, określone w ww. Regulaminie.**
6. **Nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych, oferującym tożsame formy wsparcia.**
7. **W przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia w trakcie trwania projektu „Czas zacząć działać!” – kompleksowy program aktywizacji społeczno- zawodowej zagrożonych wykluczeniem mieszkańców Gminy Puck, 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:** | **……………………………………………….** |