Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014 – 2020 | Oś priorytetowa IX | Działanie 9.2 | Podziałanie 9.2.6
„Przyjazne środowisko – program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie"

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla:

A. uczestnika/uczestniczki projektu*

B. otoczenie uczestnika/uczestniczki projektu*

* właściwe ZAKREŚLIĆ

„Przyjazne środowisko - program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie"

1. Dane uczestnika/uczestniczki projektu:

Dane uczestnika	Imię	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Kraj	
	Rodzaj uczestnika	□ indywidualny □ pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu
	Proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie (tzn. najwyższe)	
	Wykształcenie	□ Niższe niż podstawowe (ISCED0) □ Podstawowe (ISCED1) □ Gimnazjalne (ISCED2) □ Ponadgimnazjalne (ISCED3) □ Policealne (ISCED4) □ Wyższe (ISCED5-8)
Dane kontaktowe uczestnika	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	

	Telefon kontaktowy				
	Adres e-mail			……..@.....	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Data rozpoczęcia udziału w projekcie			…… dd-mm-rrrr	
	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:				
	1.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		□ TAK	□ NIE
		- w tym osoba długotrwale bezrobotna		□ TAK	□ NIE
	2.	Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		□ TAK	□ NIE
		- w tym osobą długotrwale bezrobotna		□ TAK	□ NIE
	3.	Osoba bierna zawodowo		□ TAK	□ NIE
		- w tym osoba ucząca się		□ TAK	□ NIE
		- w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		□ TAK	□ NIE
		- inne		□ TAK	□ NIE
	4.	Osoba pracująca	□ TAK / □ NIE	Osoba pracująca, w tym: ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w MMSP (małe, mikro, średnie przedsiębiorstwo) ☐ w organizacji pozarządowej ☐ działalność na własny rachunek ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ inna	
		wykonywany zawód:		☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wspierania ekonomii	

			społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny	
		zatrudniony/a w:		
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		□ TAK □ NIE □ odmawiam podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		□ TAK	□ NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami		□ TAK □ NIE □ odmawiam podania informacji	
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej		□ TAK □ NIE □ odmawiam podania informacji	
Jestem osobą żyjącą w jednoosobowym gospodarstwie domowym (samotną)			□ TAK	□ NIE
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa			□ TAK	□ NIE

1. Oświadczam, że spełniam kryteria upoważniające mnie do udziału w projekcie jako osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym o których mowa w regulaminie rekrutacji.

2. Oświadczenia uczestnika/uczestniczki projektu :

a. Wyrażam zgodę na swój udział w projekcie pn. „Przyjazne środowisko - program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie” WND-RPSL.09.02.06-24-05EG/18-003 współfinansowanym z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny) dla osi priorytetowej: IX. Włączenie społeczne dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.
b. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany o celach i założeniach projektu oraz zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa w projekcie oraz z prawami i obowiązkami uczestnika zawartymi w Regulaminie projektu.
c. Oświadczam, iż zapoznałem się z zapisami regulaminu rekrutacji i w pełni akceptuje ich treść jako potencjalny uczestnik/uczestniczka projektu.
d. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
e. Zostałem/am pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
f. Oświadczam, iż nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014 – 2020 | Oś priorytetowa IX | Działanie 9.2 | Podziałanie 9.2.6
„Przyjazne środowisko – program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie"

_____

Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki lub prawnego opiekuna

_____

Data i godzina wpływu

_____

Podpis przyjmującego zgłoszenie

Uwagi:

_____

_____

_____

_____

_____