

Załącznik nr 1
do Regulaminu określającego zasady rekrutacji i realizacji wsparcia
w projekcie pn. „Społeczne Centrum Wsparcia Rodziny”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH DO PRZETWARZANIA

Nazwa projektu	Społeczne Centrum Wsparcia Rodziny				
Nr umowy	RPPM.06.02-02-22-0007/17-00	Poddziałanie	6.2.2	Okres realizacji	01.04.2019-31.03.2022

Proszę wypełnić czytelnie, drukowany literami, niebieskim długopisem

DANE UCZESTNIKA	
Imię	*
Nazwisko	*
PESEL	*
Płeć	*
Data urodzenia	
Wykształcenie <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariancie)</i>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (w tym zasadnicze zawodowe, średnie) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	*
Województwo	*
Powiat	*
Gmina	*
Miejscowość	*
Ulica <i>(o ile dotyczy)</i>	*
Nr budynku	*
Nr lokalu <i>(o ile dotyczy)</i>	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

STATUS UCZESTNIKA W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariantcie)</i>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
Szczegółowe informacje dotyczące statusu na rynku pracy <i>(wypełnić zgodnie z wyborem w powyższym polu)</i>	
Jeśli wybrano odpowiedź „osoba pracująca”: STATUS OSOBY PRACUJĄCEJ <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariantcie)</i> <i>(możliwy wybór więcej niż jednej odpowiedzi)</i>	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> inne
Jeśli wybrano odpowiedź „osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy” lub „osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy”: STATUS OSOBY BEZROBOTNEJ <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariantcie)</i>	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Jeśli wybrano odpowiedź „osoba bierna zawodowo”: STATUS OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariantcie)</i>	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne

**STATUS UCZESTNIKA W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU
(dot. wszystkich Uczestników)**

<p>Wykonywany zawód <i>(proszę wstawić X przy właściwym wariantcie)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
<p>Miejsce zatrudnienia <i>(proszę wpisać nazwę miejsca pracy)</i></p>	
<p>Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest Pan/i migrantem lub osoba obcego pochodzenia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ²
<p>Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<p>Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnościami?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ²
<p>Czy jest Pan/i osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ²

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 K.K. za podanie nieprawdy oświadczam, że dane podane w dokumentacji rekrutacyjnej uczestnika projektu „Społeczne Centrum Wsparcia Rodziny” są prawdziwe.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika Projektu /
rodzica/opiekuna prawnego)