

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU

pn.: Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Konopiskach realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY	
Data:..... godz..... wpływu Formularza zgłoszeniowego	
Niniejszym potwierdzam w imieniu Beneficjenta, że poniższe dane (wiek) zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości okazanego przez uczestnika.	
Podpis osoby przyjmującej Formularz Zgłoszeniowy:	

I Dane podstawowe uczestnika/uczestniczki projektu	
1	Obywatelstwo: <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie
2	Imię
3	Nazwisko
4	PESEL Data urodzenia:
5	Płeć <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
7	Posiadane wykształcenie <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2tj. podstawowe, gimnazjalne) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3 tj. liceum, technikum, ZDZ) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4 tj. szkoły policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)

II Dane kontaktowe uczestnika/uczestniczki projektu		
1	Województwo	
2	Powiat	
3	Gmina	
4	Kod pocztowy i miejscowość, ulica oraz nr domu/ nr lokalu	
5	Telefon kontaktowy	
6	Adres e-mail	
III Dodatkowe Informacje		
1	Jestem osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Jestem osobą z państwa trzeciego / statusu migranta / UKR	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane,/Romowie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4	Jestem osobą zamieszkującą Gminę Konopiska	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5	Jestem osobą pracującą w Gminie Konopiska	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Jestem osobą, która napotyka na bariery dostępu do nabywania lub podnoszenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji zawodowych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7	Jestem osobą bezdomną / wykluczoną z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8	Jestem osobą z niepełnosprawnością/ami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
9	Jestem osobą korzystającą ze świadczeń o których mowa w ustawie o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
10	Jestem osobą samotnie wychowującą dzieci	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
11	Jestem członkiem rodziny objętej asystencją rodzinną lub nadzorem kuratora	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
12	Korzystałam/em ze wsparcia w ramach podobnych projektów finansowanych z Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

<p>13</p>	<p>Mój status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</p> <p><i>*Jesteś osobą bezrobotną, podaj jak długo?</i></p> <p>.....</p> <p><i>** Jesteś osobą prowadzącą działalność gospodarczą, podaj PKD (przeważająca działalność)</i></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">.</p> <p style="text-align: center;">.</p>	<p><input type="checkbox"/> Bezrobotna*</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna (dłużej niż 12 m-cy)</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p> <p><input type="checkbox"/> bierna zawodowo /nieaktywna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie</p> <p><input type="checkbox"/> Emeryt</p> <p><input type="checkbox"/> Rencista</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p> <p><input type="checkbox"/> pracująca</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek**</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p>
------------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)<input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki<input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej<input type="checkbox"/> Inne
--	--	--

OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję dobrowolny udział w projekcie pn. Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Konopiskach nr projektu FESL.06.09-IP.02-0H23D/25
2. Przystępuję do projektu z własnej inicjatywy, a forma wsparcia, do której się zgłaszam będzie odpowiadać na moje indywidualne potrzeby.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa ww. projektu, akceptuję jego zasady i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w wybranej przeze mnie formie wsparcia w ramach ww. projektu na własną odpowiedzialność.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestnicy wsparcia w ramach projektu nie są objęci ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że w celu zapewnienia bezpieczeństwa podczas zajęć osoby z niepełnosprawnością mogą uczestniczyć w zajęciach przy asyście swoich opiekunów/asystentów.
7. Zobowiązuję się do udziału w wybranych przeze mnie zajęciach/ warsztatach w ramach projektu.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Konopiskach realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
9. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku, nazwiska, głosu w dowolnym formacie i we wszystkich mediach do celów związanych z informacją, sprawozdawczością i promocją ww. projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć/warsztatów mogą zostać umieszczone na stronie internetowej i w mediach społecznościowych szkoły oraz Beneficjenta, jak również wykorzystane w materiałach promocyjnych i sprawozdawczych.
10. Zostałem/am poinformowany/a, że podpisanie Umowy uczestnictwa w projekcie wraz z załącznikami, jest dobrowolne, jednocześnie brak woli jej podpisania uniemożliwia wzięcie udziału w Projekcie.
11. Jestem świadomy/a, że wypełnienie i złożenie niniejszego formularza zgłoszeniowego nie gwarantuje mi udziału w projekcie, w związku z obowiązującymi zasadami rekrutacji określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.
12. Zobowiązuję się do wypełniania ankiet i testów oraz przekazanie informacji w inny sposób, związanych z realizacją projektu i monitorowaniem osiągniętych rezultatów.
13. W przypadku zakwalifikowania do projektu zobowiązuje się w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnić dane dot. mojej sytuacji na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem.
14. Jestem świadomy/a, że udział w wybranym szkoleniu nie może być związany z prowadzoną przeze mnie działalnością gospodarczą i nie może stanowić wsparcia w ramach pomocy publicznej.
15. Jestem świadomy/a, że mam obowiązek informować Beneficjenta o ewentualnych zmianach danych teleadresowych (tj. nazwisko, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy, województwo, powiat, telefon, adres poczty elektronicznej)
16. Moje przystąpienie do projektu wiąże się z dodatkowymi potrzebami organizacyjnymi, wynikającymi z niepełnosprawności, np. zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki, itp.
17. TAK NIE
Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:
.....
.....
18. Uprzedzony/-na o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
*1) czytelny podpis uczestnika lub
2) czytelny podpis przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna (w przypadku osób
z niepełnosprawnością, które nie mogą
samodzielnie podpisać dokumentu)*