

Załącznik nr 1 do Regulaminu naboru uczestników projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Ja niżej podpisany/a

_____ (imię i nazwisko),

zamieszkały/a

_____ (dokładny adres zamieszkania)

urodzony/a

___ - ___ - 19___ r.

(data urodzenia, dzień-miesiąc-rok), nr Pesel

nr telefonu

email

oświadczam, że jestem zainteresowany/a uczestnictwem w projekcie „Aktywna integracja w powiecie rybnickim” realizowanego w ramach osi priorytetowej IX Włączenie Społeczne, działanie 9.1. Aktywna Integracja, poddziałanie 9.1.6. Program aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym – projekty OPS i PCPR realizowanego w okresie od 01.01.2018r. do 31.12.2020r.

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria:

Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*	w stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym lub <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka/ <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka/ <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka		
Przyczyna niepełnosprawności*	<input type="checkbox"/> 01-U (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> 02-P (choroby psychiczne) <input type="checkbox"/> 03-L (zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu) <input type="checkbox"/> 04-O (choroby narządu wzroku) <input type="checkbox"/> 05-R (upośledzenie narządu ruchu) <input type="checkbox"/> 06-E (epilepsja)		<input type="checkbox"/> 07-S (choroby układu oddechowego i krążenia) <input type="checkbox"/> 08-T (choroby układu pokarmowego) <input type="checkbox"/> 09-M (choroby układu moczowo płciowego) <input type="checkbox"/> 10-N (choroby neurologiczne) <input type="checkbox"/> 11-I (inne, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego) <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwoju
Status na rynku pracy*	<input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> uczący się: _____ (należy podać nazwę szkoły) <input type="checkbox"/> nie uczący się	<input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> aktywny zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> zatrudniony <input type="checkbox"/> samozatrudniony

Zamieszkuje obszar*	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Wykształcenie*	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną ¹ *	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

* wstawić znak „X” we właściwym miejscu

Posiadam opiekuna prawnego/kuratora: **tak** / **nie** (odpowiednie podkreślić)

Jeśli dotyczy: imię i nazwisko opiekuna prawnego/ kuratora:

Miejsce zamieszkania:

.....

Nr Tel.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do potrzeb procesu rekrutacji uczestników projektu.
2. Niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

Miejsce i data

Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego lub kuratora

¹ Pod tym określeniem rozumie się fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieka dziecka do lat 7 lub osoby zależnej, zgodnie z definicją zawartą w Ustawie o Promocji i Zatrudnienia i Instytucjach Rynku Pracy (Dz. U. z dnia 01.05.20144)