

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU

pn.: „**Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Gminie Siewierz**”

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:	

Dane podstawowe uczestnika/uczestniczki projektu		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
5	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
6	Posiadane wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
7	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
Dane kontaktowe uczestnika/uczestniczki projektu		
1	Województwo	
2	Powiat	
3	Gmina	

4	Kod pocztowy i miejscowość	
5	Telefon kontaktowy	
6	Adres e-mail	
Dodatkowe informacje		
1	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Posiadanie statusu migranta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
5	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Osoba z niepełnosprawnością/ami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
7	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedno z poniższego):	<input type="checkbox"/> pracująca <input type="checkbox"/> bierna zawodowo /nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna
7 a	Osoba pracująca	Zaznacz x w wybranym miejscu
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
	Osoba pracująca w administracji rządowej	
	Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	Osoba pracująca w MMŚP	
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	
	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	
	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	
	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	
	Osoba pracująca na uczelni	
	Osoba pracująca w instytucie naukowym	
	Osoba pracująca w instytucie badawczym	
	Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz	
	Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	
	Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	
	Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	
	Inne	
7 b	Osoba bierna zawodowo	Zaznacz x w wybranym miejscu
	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie: Data zakończenia edukacji w placówce	
	Inne	
7 c	Osoba bezrobotna	Zaznacz x

		w wybranym miejscu
	Osoba długotrwale bezrobotna	
	Inne	
8	Osoba korzystająca z pomocy społecznej i wsparcia rodziny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Uwaga: Nieudzielenie odpowiedzi jest równoznaczne z brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu

Lp.	KRYTERIA REKRUTACJI:	Zaznacz x w wybranym miejscu
	Kryteria obligatoryjne rekrutacji:	
1	Osoba dorosła, tj. pełnoletnia w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Osoba mieszkająca w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny na obszarze objętym działaniami Projektu – na terenie Gminy Siewierz	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Kryteria preferencyjne rekrutacji:	
1	Wykształcenie – osoba z niskimi kwalifikacjami, w tym:	
	Osoba z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym - +4 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z wykształceniem/kwalifikacjami wymagającymi aktualizacji (co najwyżej średnie i policealne zdobyte przed 2000 rokiem, które uniemożliwiają lub utrudniają znalezienie/zmianę zatrudnienia - +4 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Status zawodowy	
	Osoba nieaktywna zawodowa lub bezrobotna - +4pkt , w tym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba pozostająca bez pracy powyżej 12 miesięcy - +4 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Osoba niepełnosprawna (potwierdzone zaświadczeniem lub stosownym orzeczeniem) - +4 pkt	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

1	<p>Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> Deklaruję dobrowolny udział w projekcie pn. „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Gminie Siewierz” nr projektu FESL.06.09-IP.02-08E3/24. Przystępuję do projektu z własnej inicjatywy, a forma wsparcia, do której się zgłaszam będzie odpowiadać na moje indywidualne potrzeby. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa ww. projektu, akceptuję jego zasady i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestniczę w wybranej przeze mnie formie wsparcia w ramach ww. projektu na własną odpowiedzialność. Zostałem/am poinformowany/a, że uczestnicy wsparcia w ramach projektu nie są objęci ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków. Zostałem/am poinformowany/a, że w celu zapewnienia bezpieczeństwa podczas zajęć osoby z niepełnosprawnością mogą uczestniczyć w zajęciach przy asyście swoich opiekunów/asystentów (z wyjątkiem wydarzeń/zajęć wyjazdowych). Zobowiązuję się do udziału w wybranych przeze mnie zajęciach/ warsztatach w ramach projektu. Zostałem/am poinformowany/a, że pt. „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Gminie Siewierz” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. 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. Zostałem/am poinformowany/a, że podpisanie Umowy uczestnictwa w projekcie wraz z załącznikami, jest dobrowolne, jednocześnie brak woli jej podpisania uniemożliwia wzięcie
----------	---

	<p>udziału w Projekcie.</p> <p>11. Jestem świadomy/a, że wypełnienie i złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie gwarantuje mi udziału w projekcie, w związku z obowiązującymi zasadami rekrutacji określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.</p> <p>12. Zobowiązuję się do wypełniania ankiet i testów związanych z realizacją projektu, monitorowaniem osiągniętych rezultatów.</p> <p>13. Moje przystąpienie do projektu wiąże się z dodatkowymi potrzebami organizacyjnymi, wynikającymi z niepełnosprawności, np. obsługa tłumacza języka migowego, zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki, itp. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:</p> <p>14. 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.</p>
--	---

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

miejsce, data

.....

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