*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  | ☐ KOBIETA ☐MĘŻCZYZNA  |
| **5**  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| **6**  | Posiadane wykształcenie  | ☐ podstawowe ☐gimnazjalne ☐ponadgimnazjalne ☐policealne ☐ wyższe |
| **7**  | Obywatelstwo  | ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec ☐ 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  | ☐ TAK ☐ NIE  |
| **2**  | Osoba państwa trzeciego  | ☐ TAK ☐ NIE |
| **3**  | Posiadanie statusu migranta  | ☐ TAK ☐ NIE |
| **4**  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)  | ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji |
| **5**  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | ☐ TAK ☐ NIE  |
| **6**  | Osoba z niepełnosprawnością/ami | ☐ TAK ☐ NIE ☐Odmowa podania informacji |
| **7**  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedno z poniższego):  | ☐ pracująca ☐ bierna zawodowo /nieaktywna zawodowo ☐ bezrobotna  |
| **7 a**  | **Osoba pracująca**  | **Zaznaczy 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**  | **Zaznaczy 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** | **Zaznaczy x****w wybranym miejscu** |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna |  |
| Inne |  |
| **8** | Osoba korzystająca z pomocy społecznej i wsparcia rodziny | **☐**TAK**☐**NIE |
| ***Uwaga: Nieudzielenie odpowiedzi jest równoznaczne z brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu***  |
| ***Lp.***  | ***KRYTERIA REKRUTACJI:*** | **Zaznaczy x****w wybranym miejscu** |
|  | **Kryteria obligatoryjne rekrutacji:** |  |
| **1** | Osoba dorosła, tj. pełnoletnia w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny | **☐**TAK**☐**NIE |
| **2** | Osoba mieszkająca w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny na obszarze objętym działaniami Projektu – na terenie Gminy Siewierz | **☐**TAK**☐**NIE |
|  | **Kryteria preferencyjne rekrutacji:** |  |
| **1** | Wykształcenie – osoba z niskimi kwalifikacjami, w tym: |  |
|  | Osoba z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym - **+4 pkt** | **☐**TAK**☐**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** | **☐**TAK**☐**NIE |
| **2** | Status zawodowy |  |
|  | Osoba nieaktywna zawodowa lub bezrobotna - **+4pkt**, w tym | **☐**TAK**☐**NIE |
|  | Osoba pozostająca bez pracy powyżej 12 miesięcy - **+4 pkt** | **☐**TAK**☐**NIE |
| **3** | Osoba niepełnosprawna (potwierdzone zaświadczeniem lub stosownym orzeczeniem) - **+4 pkt** | **☐**TAK**☐**NIE |
| **OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE** |
| **1** | Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:1. Deklaruję dobrowolny udział w projekcie pn. „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji w Gminie Siewierz” nr projektu FESL.06.09-IP.02-08E3/24.2. 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 (z wyjątkiem wydarzeń/zajęć wyjazdowych).7. Zobowiązuję się do udziału w wybranych przeze mnie zajęciach/ warsztatach w ramach projektu.8. 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.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 rekrutacyjnego 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 związanych z realizacją projektu, monitorowaniem osiągniętych rezultatów.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. ☐ TAK ☐ NIEJeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……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. |

*Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

…………………….………………… ………………………….…………….

*miejscowość, data 1) czytelny podpis uczestnika lub*

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