



Załącznik nr 1b do Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pt. „Dla dobra wspólnego”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. „Dla dobra wspólnego” – Umowa nr *RPKP.09.03.02-04-0024/20* dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej RPKP.09.00.00 Solidarne społeczeństwo, Działania RPKP.09.03.00 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania RPKP.09.03.02 Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie w ramach wsparcia		<input type="checkbox"/> szkolenia opiekunów faktycznych
		<input type="checkbox"/> szkolenia dla wolontariuszy w ramach samopomocowych grup sąsiedzkich
Dane podstawowe	1	Imię:
	2	Nazwisko:
	3	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	4	Data i miejsce urodzenia:
	5	Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów:
Dane dodatkowe	6	Wykształcenie: podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalane <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/>
	7	Płeć ^a : kobieta <input type="checkbox"/> / mężczyzna <input type="checkbox"/>
	8	Wiek w chwili przystępowania do projektu
Adres zamieszkania	9	Kraj:
	10	Województwo:
	11	Powiat:
	12	Gmina:
	13	Kod pocztowy:
	14	Miejscowość:
	15	Obszar: miasto <input type="checkbox"/> / wieś <input type="checkbox"/>
	16	Ulica:
	17	Nr domu:
	18	Nr lokalu:



Dane kontaktowe	19	Telefon kontaktowy:
	20	Adres poczty elektronicznej:
Dane o zatrudnieniu	21	<p>Nie jestem osobą pracującą - <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • jestem osobą bezrobotną: <ul style="list-style-type: none"> <i>zarejestrowaną Urzędzie Pracy</i> - <input type="checkbox"/> <i>nie zarejestrowaną Urzędzie Prac</i> - <input type="checkbox"/> • jestem osobą długotrwale bezrobotną- <input type="checkbox"/> • jestem osobą bierną zawodowo - <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <i>nieuczestniczącą w kształceniu (m.in. emeryt, rencista)</i> - <input type="checkbox"/> <i>uczącą się</i> - <input type="checkbox"/>
	22	<p>Jestem osobą pracującą - <input type="checkbox"/></p> <p>zatrudnioną w :</p> <ul style="list-style-type: none"> • administracji rządowej - <input type="checkbox"/> • administracji samorządowej - <input type="checkbox"/> • dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) - <input type="checkbox"/> • mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) - <input type="checkbox"/> • małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) - <input type="checkbox"/> • średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) - <input type="checkbox"/> • organizacji pozarządowej - <input type="checkbox"/> <p>Jestem osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą - <input type="checkbox"/></p> <p>Jestem rolnikiem - <input type="checkbox"/></p>
	23	<p>Wykonywany zawód:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nazwa zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>tel. kontaktowy do zakładu pracy:</p>
Dodatkowe dane	24	Jestem osobą z niepełnosprawnością

		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
		W przypadku wyboru odpowiedzi TAK, proszę wskazać stopień niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności oraz okres wydania orzeczenia:
	25	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
	26	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	27	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
Przynależność do grup docelowej zgodnie z RPO WP 2014-2020	28	<p>1. Jestem opiekunem faktycznym i sprawuję opiekę nad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nad osobą niepełnosprawną - <input type="checkbox"/> • nad osobą przewlekle chorą - <input type="checkbox"/> • nad osobą samotną - <input type="checkbox"/> <p>2. Jestem osobą chcącą udzielać pomoc w opiece w ramach wolontariatu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nad osobą niepełnosprawną - <input type="checkbox"/> • nad osobą przewlekle chorą - <input type="checkbox"/> • nad osobą samotną - <input type="checkbox"/>

Ja niżej podpisany / podpisana:

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie akceptuję jego postanowienia oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do wzięcia udziału w niniejszym projekcie.
2. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie jestem zobowiązany do okazania dokumentów potwierdzających informację zawarte w ankiecie.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Dla dobra wspólnego” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis składającego formularz