**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

„Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami w województwie podkarpackim”, POWR.01.05.01-00-0138/20.

***Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie formularza, drukowanymi literami lub prosimy o wypełnienie na komputerze, wydrukowanie i podpisanie.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **PESEL** |
|  |  |  |
| **Płeć** | **Data urodzenia** | **Telefon kontaktowy** |
| * Kobieta * Mężczyzna |  |  |
| **Adres e-mail** |  | |

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
|  |  |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** | |
|  |  | |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Obszar zamieszkania** | * Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) * Małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)- 0 * Duże obszary miejskie (o ludności >50 000 i dużej gęstości zaludnienia -0 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy * W tym osoba długotrwale bezrobotna * Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy * W tym osoba długotrwale bezrobotna * Osoba bierna zawodowo   W tym:   * Osoba ucząca się * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu ustawicznym i szkoleniach * Osoba bierna z powodu choroby * Inne , jeżeli inne to prosimy o krótki opis np. emeryt/ka, rencista/ka ……………………………………………………………………………………………………… * Osoba pracująca   W tym: (prosimy o zakreślenie poniższych)   * Osoba pracująca w administracji rządowej * Osoba pracująca w administracji samorządowej * Osoba pracująca w MMŚP * Osoba pracująca w organizacji samorządowej * Osoba prowadząca własną działalność gospodarczą * Osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie * Inne   Wykonywany zawód:   * Instruktor praktycznej nauki zawodu * Nauczyciel kształcenia ogólnego * Nauczyciel wychowania przedszkolnego * Nauczyciel kształcenia zawodowego * Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * Pracownik instytucji rynku pracy * Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej * Pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej * Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * Rolnik * Inne | |
| **Wykonywany zawód:** |  |
| **Miejsce pracy:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wykształcenie:** | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0) * Podstawowe (ISCED 1) * Gimnazjalne (ISCED 2) * Ponadgimnazjalne (ISCED 3) * Policealne (ISCED 4) * Wyższe ( ISCED 5-8) | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** *(innej niż wymienione powyżej, np.: osoba samotnie wychowująca dziecko, sprawująca opiekę nad osobą chorą lub niepełnosprawną, zamieszkała na terenach wiejskich)* | * Tak * Nie * Odmawiam odpowiedzi * Jeżeli tak, prosimy o krótki opis oraz oczekiwane wsparcie:   ……………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………… |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością: | * W stopniu lekkim * W stopniu umiarkowanym * W stopniu znacznym * Z niepełnosprawnością sprzężoną |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant obcego pochodzenia** | * Tak * Nie * Odmawiam odpowiedzi |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | * Tak * Nie |

Oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem województwa podkarpackiego (w rozumieniu przepisów KC).
2. Nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami w województwie podkarpackim” do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
3. Zgłaszam się do udziału w projekcie z własnej inicjatywy.
4. Wyrażam zgodę na publikowanie mojego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych projektu „Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami w województwie podkarpackim” POWR.01.05.01-00-0138/20,bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu.
5. Deklaruję udział w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu projektu.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie oraz o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu Zgłoszeniowym.
7. Zobowiązuje się zgodnie z regulaminem, dostarczyć informacje i dokumenty dotyczące mojego statusu na rynku pracy niezwłocznie po opuszczeniu projektu oraz po trzech miesiącach od dnia zakończenia udziału w projekcie.
8. Powyższe informacje są zgodne z prawdą i mam świadomość o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

*Miejscowość,*

*…………………………………………………..*

*data przystąpienia do projektu Czytelny Popis*

**.……………………..…….. ………………………………..**