**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*

**.……………………..…….. ………………………………..**