



Załącznik nr 1

Data wpływu:

Formularz rekrutacyjny

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

DANE PROJEKTU	Tytuł projektu	„Siła przemiany”									
	Nr projektu	FEWP.06.10-IP.01-0052/25									
	Priorytet	Priorytet 6: Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+),									
	Działanie	Działania 6.10 Aktywna integracja									
DANE	Nazwisko										
	Imię (imiona)										
	Obywatelstwo										
	PESEL										
	Data urodzenia										
	Miejsce urodzenia										
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i> <input type="checkbox"/> Podstawowe <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i> <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i> <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)</i> <input type="checkbox"/> Policealne <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest</i>									



KANDYDATKI/KANDYDATA	<i>kształceniem wyższym)</i> <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)</i> <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)</i> <input type="checkbox"/> Wyższe doktoranckie		
	Adres zamieszkania		
	Ulica		
	Nr domu		Nr mieszkania
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Województwo		
	Gmina Powiat		
	Adres korespondencyjny (wypełnić tylko jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)		
	Ulica, nr domu, nr mieszkania		
	Kod pocztowy/ miejscowość		
	Dane kontaktowe		
	Telefon stacjonarny		
	Telefon komórkowy		
	E – mail		

STATUS KANDYDATA/KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć znakiem „x”)	
Oświadczam, iż jestem osobą bezrobotną <small>(Status bezrobotnego może uzyskać każda pełnoletnia osoba, która</small>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



<p>aktualnie nie podejmuje się wykonywania pracy zarobkowej. Wchodzą w to wszystkiego rodzaju umowy - o pracę, o dzieło i zlecenia)</p> <p>- niezarejestrowany w rejestrach urzędów pracy,</p> <p>- zarejestrowaną w rejestrach urzędach pracy.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Oświadczam, iż jestem osobą bierną zawodowo W tym: oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo tzn. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna) wyłącznie z przyczyn: -niepełnosprawności -choroby -pełnienia ról opiekuńczych. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). W tym osobą uczącą się</p> <p>W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ	
Oświadczam, że jestem osobą :	
zamieszkującą według przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwo wielkopolskie. (oświadczenie/ zaświadczenie)	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
Powyżej 18 roku życia (oświadczenie)	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
Osobą uczestniczącą wsparciu nie więcej niż w jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+ w zakresie aktywności – zawodowej (oświadczenie)	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
Osobą bez zatrudnienia zaświadczenie z PUP/ZUS)	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
kobieta	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>



Osoba niepełnosprawna (orzeczenie o niepełnosprawności /dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba o niskich kwalifikacjach (wykształcenie maksymalne ISCED 3) (świadectwo/oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wiek powyżej 50 + (Oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wiek 18-29 lat (Oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Korzystanie z Funduszu Europejskiego na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (zaświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby, które opuściły jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy (zaświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej- zaświadczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby wykluczone komunikacyjnie (zaświadczenie/Oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
DANE DODATKOWE	
Proszę zaznaczyć krzyżykiem „x”	
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności ¹ Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2017 poz. 882, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Proszę podać stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny



dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)	
Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Biuro Sultum Sylwia Brzechwa. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Instytucji Zarządzającej i Pośredniczącej Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata
Zobowiązuję się w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnić dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy (dokumenty/zaświadczenia świadczące o poszukiwaniu pracy lub o podjęciu pracy) oraz informację na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji, nabyciu kompetencji (wyniki egzaminów, certyfikaty). Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata
Zostałam/em poinformowany o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata
Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Siła Przemiany” Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata
Zostałam/em poinformowany/a o tym, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata

Słownik pojęć:

¹ Za **osoby niepełnosprawne** uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

² **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

³ Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

⁴ Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości etniczne** to mniejszość: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.