

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
pn. „LOWE Ruciane-Nida - wsparcie lokalnych inicjatyw edukacyjnych” nr projektu
FEWM.06.05-IZ.00-0002/24

*współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+
realizowanego przez Fundację Wsparcia Nauki i Biznesu w ramach programu regionalnego
Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) na lata 2021-2027,
Priorytet FEWM.06.00: Edukacja i kompetencje EFS+,
Działanie FEWM.06.05.Edukacja przez całe życie*

I. DANE KANDYDATA:

Nazwisko											
Imię (Imiona)											
PESEL											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
OBYWATELSTWO	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Obywatel kraju UE – brak polskiego obywatelstwa <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec										
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> ISCED (0-2) Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> ISCED 3 Ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 4 Policealne <input type="checkbox"/> ISCED 5-8 Wyższe										

II. DANE KONTAKTOWE I ADRES ZAMIESZKANIA (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego):

Województwo	Powiat	Gmina
warmińsko-mazurskie	piski	Ruciane- Nida
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy	Adres e-mail

III. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:
(Prawidłową odpowiedź zaznacz znakiem X)

<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, w tym:	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> Inne
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne

IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA KANDYDATA/KANDYDATKI:

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi znakiem X):

Lp.	Kryterium	Proszę zaznaczyć odpowiedź poprzez wpisanie „X”
1.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
2.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ

3.	Jestem osobą z niepełnosprawnościami (Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy dostarczyć zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
4.	Jestem osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK do należy dostarczyć zaświadczenie potwierdzające korzystanie z FE PŻ)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
5.	Jestem osobą korzystającą z systemu opieki społecznej (Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK do formularza należy dołączyć zaświadczenie z MOPS/GOPS)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
6.	Moja rodzina jest rodziną wielodzietną (tzn. jest rodziną min. 3 dzieci) (Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK proszę dołączyć zaświadczenie lub Kartę Dużej Rodziny)	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ
7.	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej). (Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK proszę wpisać czego dotyczy sytuacja (np. byli więźniowie, narkomani itp.)	<input type="checkbox"/> TAK, <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ

V. UCZESTNICTWO:

Warsztaty tematyczne, w których chce uczestniczyć: (Proszę zaznaczyć znakiem X)	<input type="checkbox"/> Warsztaty z komunikacji interpersonalnej <input type="checkbox"/> Warsztaty rękodzielnicze <input type="checkbox"/> Warsztaty kulturalno- artystyczne <input type="checkbox"/> Zajęcia sportowe oraz zajęcia z medytacji <input type="checkbox"/> Warsztaty zdrowego odżywiania i szacunku dla środowiska <input type="checkbox"/> Kurs języka angielskiego <input type="checkbox"/> Kurs na patent żeglarza jachtowego <input type="checkbox"/> Warsztaty informatyczne <input type="checkbox"/> Kurs opiekuna/-ki osób starszych <input type="checkbox"/> Spotkania integracyjno – edukacyjne <input type="checkbox"/> Wolontariat międzypokoleniowe
Specjalne potrzeby wynikające ze stopnia niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	

VI. OŚWIADCZENIA

Mam ukończone 18 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Moje miejsce zamieszkania (w rozumieniu przepisów <i>Kodeksu Cywilnego</i>) znajduje się na terenie gminy Ruciane- Nida	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „LOWE Ruciane-Nida - wsparcie lokalnych inicjatyw edukacyjnych” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu <i>Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027</i>. Jestem osobą wymagającą podniesienia poziomu umiejętności podstawowych. Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria dostępu do udziału w projekcie. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+. Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. Zapoznałam/em się z <i>Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „LOWE Ruciane-Nida - wsparcie lokalnych inicjatyw edukacyjnych”</i> i akceptuję jego treść. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (m.in. sytuacji społecznej, statusu na rynku pracy, informacji dot. kształcenia, edukacji) oraz na wszelkie badania mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Gminę Ruciane- Nida i Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu „LOWE Ruciane-Nida - wsparcie lokalnych inicjatyw edukacyjnych”. Jestem świadoma/y, że wyrażenie zgody oznacza, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu, portalach społecznościowych Beneficjenta oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Gminy Ruciane- Nida i Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/ wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego numeru telefonu i/lub adresu poczty elektronicznej w celach marketingowych, w tym do informowania przez Gminę Ruciane- Nida i Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży o realizacji zadań związanych z celami statutowymi i promocyjnymi, również po zakończeniu mojego udziału w projekcie. Jestem świadoma/y, że zgoda ta może zostać wycofana w każdym czasie. Uprzedzony/a o odpowiedzialności prawnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia, oświadczam, iż informacje/dane podane przeze mnie w Formularzu Zgłoszeniowym pozostają aktualne i zgodne z prawdą na dzień podpisania niniejszej deklaracji. 	

VII. ZAŁĄCZNIKI (jeśli dotyczy):



.....
(data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

