

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

do udziału w projekcie „Krok do samodzielności. Idziemy do pracy – kontynuacja” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, nr umowy: UDA-RPSL.09.01.05-24-053E/18-00

<input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnościami		
<input type="checkbox"/>	Otoczenie osoby z niepełnosprawnościami		
<input type="checkbox"/>	Uczestnik WTZ		
Dane podstawowe	1.	Imię	
	2.	Nazwisko	
	3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4.	PESEL	
	5.	Data urodzenia	
Dane teleadresowe uczestnika	5.	Województwo	
	6.	Kod pocztowy	
	7.	Miejscowość	
	8.	Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	9.	Powiat	
	10.	Ulica	
	11.	Numer domu	
	12.	Numer lokalu	
	13.	Telefon kontaktowy	
Pozostałe informacje dotyczące uczestnika	15.	Adres e-mail	
	16.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

	17.	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
Wnioskowane wsparcie	<p><input type="checkbox"/> Uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> Szkolenia/warsztaty <input type="checkbox"/> Mieszkanie treningowe</p> <p><input type="checkbox"/> Kurs zawodowy <input type="checkbox"/> Staż <input type="checkbox"/> Usługi asystenckie</p> <p><input type="checkbox"/> Doradztwo/konsultacje <input type="checkbox"/> Inne:</p>	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca</p> <p>..... (nazwa instytucji)</p>	

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję ich warunki.
- Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
- Wyrażam nieodpłatną i nieodwołalną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych

Data	Podpis uczestnika