**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Projekt **„Start w lepszą przyszłość” FEDS.07.05-IP.02-0084/24**

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 realizowanego przez Systemową Szkołę Przedsiębiorczości Sp. z o.o.

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL** |
| **1. Imię (imiona) i nazwisko** |  |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3. Data urodzenia** |  |
| **4. Płeć** |  Kobieta  Mężczyzna | **5. Wiek** | **.................……………… lat** |
| **6. Adres zamieszkania** | Województwo: DOLNOŚLĄSKIE1[[1]](#footnote-1) |
| Powiat: |
| Gmina: |
| Miejscowość: |
| Obszar:  Miasto  Wieś |
| Ulica: nr budynku: nr lokalu: |
| Kod pocztowy: |
| **7. Telefon kontaktowy** |  |
| **8. E-mail** |  |
| **9. Wykształcenie** |  Brak (brak formalnego wykształcenia ISCED 0) |
|  Podstawowe (ISCED 1) |
|  Gimnazjalne (ISCED 2) |
|  Ponadgimnazjalne (ISCED 3) |
|  Policealne (ISCED 4) |
|  Wyższe (ISCED 5-8) |
| **10. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |  Osoba posiadająca status osoby biernej zawodowo [[2]](#footnote-2)Osoba posiadająca status osoby biernej zawodowe, z powodu:  posiadania orzeczenia o niepełnosprawności  choroby przewlekłej  pełnienia roli opiekuńczej  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej TAK  NIEosoba obcego pochodzeniaTAK  NIE Obywatel państwa trzeciegoTAK  NIEosoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK  NIEOsoba korzystająca z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnością  TAK  NIEOsoba kwalifikująca się do objęcia pomocą społeczną wg art. 7 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku TAK  NIEOsobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej: TAK  NIEOsobą wykluczoną komunikacyjnie: TAK  NIEOsobą, która opuściła jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy TAK  NIE |
| **12. Oświadczenia Uczestnika**  |  **Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności**ODMOWA PODANIA DANYCH TAK  NIE**Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności**  osoba z orzeczonym **lekkim** stopniem niepełnosprawności osoba z orzeczonym **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności osoba z orzeczonym **znacznym** stopniem niepełnosprawności**Oświadczam, że jestem** osobą z **niepełnosprawnościami sprzężonymi** i/lub niepełnosprawnością intelektualną  TAK  NIE**Oświadczam, że jestem** osobą z zaburzeniami psychicznymi lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  TAK  NIE |
| **13. Oświadczenie** | Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Systemową Szkołę Przedsiębiorczości Sp. z o.o. moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w postępowaniu rekrutacyjnym na potrzeby stwierdzenia kwalifikowalności udziału w projekcie współfinansowanym z Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE. L 119 z 4 maja 2016 r., s.1-88) art. 13 i 14 RODO.Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem z pomocy społecznejOświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i warunków uczestnictwa. |
| **14. Data i miejsce sporządzenia**  **formularza** |  |
|  **15. Podpis Uczestnika** |  |

***TĘ CZĘŚĆ WYPEŁNIA BENEFICJENT:***

|  |  |
| --- | --- |
| **16. Poziom przyznanego wsparcia** |  Indywidualne spotkania z psychologiem Indywidualne spotkania z doradcą zawodowym Indywidualne spotkania z prawnikiem Trening kompetencji i umiejętności społecznych. Warsztat motywacyjny z elementami coachingu. Warsztat aktywizacyjny z doradcą zawodowym – ja na rynku pracy.Warsztat integracji społecznej.Indywidualne spotkania z pośrednikiem pracy Kursy kompetencyjne/kwalifikacyjne.Staż zawodowy. |
| **17. Data rozpoczęcia udziału w projekcie** (*należy* *wpisać datę pierwszego wsparcia)* | ......................................................................................... |
| **18. Data zakończenia udziału w projekcie** (n*ależy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)* | ......................................................................................... |
| **19. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** |  Tak  Nie |
| **20. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia** (*należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)* |  Podjęcie zatrudnienia Podjęcie nauki Inne |

1. warunkiem uczestnictwa w projekcie jest zamieszkanie na obszarze województwa dolnośląskiego. Poprzez miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, należy rozumieć miejscowość w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Warunkiem uczestnictwa w projekcie jest posiadanie statusu osoby biernej zawodowo w momencie przystąpienia do projektu [↑](#footnote-ref-2)