



FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Projekt „Akademia nowych szans”, numer projektu:

RPWP.07.01.02-30-0229/19 współfinansowany ze środków Unii

Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

realizowany przez Systemową Szkołę Przedsiębiorczości Sp. z o.o.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE

BIAŁYCH PÓL

1. Imię (imiona) i					
2. PESEL					
3. Data urodzenia					
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		5. Wieklat	
6. Adres zamieszkania	Województwo:				
	Powiat:				
	Gmina:				
	Miejscowość:				
	Obszar: <input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś				
	Ulica:		nr budynku:	nr lokalu:	
Kod pocztowy:					



7. Telefon kontaktowy	
8. E-mail	
9. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)
	<input type="checkbox"/> Podstawowe
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które <u>jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</u>)
	<input type="checkbox"/> Wyższe
	<input type="checkbox"/> W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym



**10. Status na
rynku pracy w
chwili
przystąpienia
do projektu**

- Osoba bezrobotna **zarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy,
- Osoba bezrobotna **niezarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy
- W tym długotrwale bezrobotna: TAK NIE
- osoba bierna zawodowo, w tym:
- oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy
- oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy



**11. Status
uczestnika projektu
w chwili
przystąpienia do
projektu**

osoba należąca do mniejszości narodowej lub
etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE

osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z
dostępu do mieszkań

TAK NIE

Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc
Żywnościowa

TAK NIE

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

TAK NIE



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

Oświadczam, że jestem osobą/członkiem z rodziny spełniającej/ą przesłankę ubóstwa, tj. osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 TAK NIE

**12.
Oświadczenia
Uczestnika**



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 Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), 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.



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**14. Data i miejsce
sporządzenia
formularza**

**15. Podpis
Uczestnika**

Wypełnia biuro projektu:

**16. Poziom
przyznanego
wsparcia**

- Indywidualne spotkania z psychologiem i doradcą zawodowym.
- Trening kompetencji i umiejętności społecznych.
- Warsztat przygotowujący Uczestnika projektu do samodzielnego poszukiwania pracy.
- Indywidualne spotkania z pośrednikiem pracy



<p>17. Data rozpoczęcia udziału w projekcie <i>(należy wpisać datę pierwszego wsparcia)</i></p>	<p>.....</p>
<p>18. Data zakończenia udziału w projekcie <i>(należy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)</i></p>	<p>.....</p>
<p>19. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>



<p>20. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia (należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)</p>	<p><input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia</p> <p><input type="checkbox"/> Podjęcie nauki</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>
--	---