**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu:**

**„Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie* | | |
| **Nr formularza:** | **Data wpływu:** | **Podpis przyjmującego zgłoszenie:** |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:**

„**Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego ”**

**Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim, elektronicznie lub odręcznie. Należy opatrzyć parafą każdą stronę formularza.**

**Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.**

**W miejscu** □ **należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X**

***Projekt promuje równe szanse kobiet i mężczyzn oraz jest dostępny dla osób niepełnosprawnych***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | |
| **Imię** | | |  | | | |
| **Nazwisko** | | |  | | | |
| **Płeć** | | | kobieta | | mężczyzna | |
| **Data urodzenia** | | |  | | | |
| **PESEL** | | |  | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1) (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego)** | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** |  | | | **Kod pocztowy** | |  |
| **Gmina** |  | | | **Poczta** | |  |
| **Województwo** |  | | | **Powiat** | |  |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | |
| **Obszar zamieszkania wg klasyfikacji DEGURBA** | | Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia)  Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia)  Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE (wypełnić wyłącznie w sytuacji, gdy są inne niż dane powyżej)** | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** |  | | | **Kod pocztowy** | |  |
| **Gmina** |  | | | **Poczta** | |  |
| **Województwo** |  | | | **Powiat** | |  |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | |
| **Obszar zamieszkania wg klasyfikacji DEGURBA** | | Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia)  Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia)  Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKSZTAŁCENIE** | |
| **Wyższe** |  |
| **Pomaturalne/policealne** |  |
| **Ponadgimnazjalne** |  |
| **Gimnazjalne** |  |
| **Podstawowe** |  |
| **Brak** |  |
| **STATUS NA RYNKU PRACY[[2]](#footnote-2)** | |
| 1. **Osoba bierna zawodowo** | Tak Nie |
| **W tym:** | |
| **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | Tak Nie |
| **Osoba ucząca się** | Tak Nie |
| **Inne** | Tak Nie |
| 1. **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | Tak Nie |
| **W tym:** | |
| **Osoba długotrwale bezrobotna** | Tak Nie |
| **Inne** | Tak Nie |
| 1. **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | Tak Nie |
| **W tym:** | |
| **Osoba długotrwale bezrobotna** | Tak Nie |
| **Inne** | Tak Nie |
| 1. **Osoba pracująca** | Tak Nie |
| **W tym:** | |
| **Osoba pracująca w administracji rządowej** | Tak Nie |
| **Osoba pracująca w administracji samorządowej** | Tak Nie |
| **Osoba pracująca w MMŚP** | Tak Nie |
| **Osoba pracująca w organizacji pozarządowej** | Tak Nie |
| **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek** | Tak Nie |
| **Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** | Tak Nie |
| **Inne** | Tak Nie |
| **Wykonywany zawód:**  **..................................................................................................................................................** | |
| **Zatrudniony w:**  **..................................................................................................................................................** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ[[3]](#footnote-3)** | |
| **Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej** | Tak Nie |
| **Kod niepełnosprawności** | 01-U  02-P  03-L  04-O  O5-R  O6-E  07-S  08-T  09-M  10-N  11-I  12-C  Brak |
| **Stopień niepełnosprawności** | Znaczny   Umiarkowany  Lekki |
| **Jakie konieczne usprawnienia ze względu na Pani/Pana niepełnosprawność należy wprowadzić, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie?** | .........................................................  ........................................................  .........................................................  .........................................................  ........................................................  .........................................................  .........................................................  ......................................................... |

**Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w Projekcie „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”, realizowanego przez Cech Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorców w Gryfinie w partnerstwie z GOS Polska Sp. z o.o.**

**Do formularza rekrutacyjnego dołączam:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”:**  **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ** |  | tak  nie |
| **Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub ustawie o ochronie zdrowia psychicznego** |  | tak  nie |

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Cechu Rzemiosł Różnych i Przedsiębiorców oraz GOS Polska Sp. z o.o. o zmianie powyższych danych.

2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia w ramach Projektu, monitoringu i ewaluacji Projektu.

………………………...... …………………………… .....……………………………….

Miejscowość Data Czytelny podpis Kandydata

***Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”***

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ**

**w ramach projektu „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego”**

**realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne,**

**Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej**

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „Dzienny Klub Wsparcia Społeczno-Zawodowego“ oświadczam, iż, ja niżej podpisany/a:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(Imię i nazwisko)*

1. Jestem osobą niepełnosprawną[[4]](#footnote-4):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tak | nie | |
| 1. Jestem osobą pracującą, uczącą się lub zamieszkującą na obszarze województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego: | | |  | |
| tak | nie | |

………………………...... ……………………… ..………..................…………………………

Miejscowość Data Czytelny podpis Kandydata

1. Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wybrać jedną z opcji z punktów od 1) do 4). [↑](#footnote-ref-2)
3. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535, z późn. zm). [↑](#footnote-ref-3)
4. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ((Dz.U. z 2011r. Nr 127 poz. 721 z późniejszymi zmianami) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231,poz. 1375, z późn. zm). [↑](#footnote-ref-4)