



**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu:
„Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”**

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i>		
Nr formularza:	Data wpływu:	Podpis przyjmującego zgłoszenie:

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:

„Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”

Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim, elektronicznie lub odręcznie. Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem”: X

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię		Nazwisko	
Płeć		Data urodzenia	
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA 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 DEURBA	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)		

¹Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



DANE KONTAKTOWE (wypełnić <u>wyłącznie</u> 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 DEGRUBA	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)		
WYKSZTAŁCENIE			
Wyższe <input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/>	Podstawowe <input type="checkbox"/>	
Pomaturalne/policealne <input type="checkbox"/>	Gimnazjalne <input type="checkbox"/>	Brak <input type="checkbox"/>	
STATUS NA RYNKU PRACY (należy wybrać jedną z opcji od 1) do 4))			
1) Osoba bierna zawodowo		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
W tym:			
Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Inne		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
2) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
W tym:			
Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Inne		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
3) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
W tym:			
Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Inne		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	



4) Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	
Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wykonywany zawód:	
Zatrudniony w:	
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ²	
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kod niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności
<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki
Jakie konieczne usprawnienia ze względu na Pani/Pana niepełnosprawność należy wprowadzić, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie?

²w 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).



Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w Projekcie „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”, 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 „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”: OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”.
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: „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
w ramach projektu „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych”**

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.1 Programy na rzecz integracji osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „Program aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych” oświadczam, iż, ja niżej podpisany/a:

.....
(Imię i nazwisko)

1. Jestem osobą niepełnosprawną³:

tak nie

2. Jestem osobą zamieszkującą na obszarze województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego⁴:

tak nie

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata

³ 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).

⁴ Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.