**Załącznik Nr 1**

do Regulaminu Rekrutacji Projektu

„Usługi społeczne w Gminie Wisznice”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu „Usługi społeczne w Gminie Wisznice”**

**nr RPLU.11.02.00-06-0014/18**

realizowanego przez Gminę Wisznice w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne

Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwiska i imiona |  |
|  | Data urodzenia |  |
|  | Adres zamieszkania lub pobytu |  |
|  | Gmina |  |
|  | Powiat |  |
|  | Województwo |  |
|  | Obszar | * wiejski * miejski |
|  | Adres do kontaktu / korespondencji  ( Należy wypełnić tylko w sytuacji, jeżeli adres do kontaktu jest inny niż adres zamieszkania podany w pozycji nr 3) |  |
|  | Numer telefonu kontaktowego |  |
|  | Płeć | * kobieta * mężczyzna |
|  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
|  | Adres email ( pole nieobowiązkowe) |  |
|  | Nr ewidencyjny PESEL |  |
|  | Miejsce pracy (wypełniają osoby pracujące w momencie przystąpienia do projektu) | * nie dotyczy * …………………………………………………… |
|  | Zawód |  |
|  | Wykształcenie | * brak * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne * zawodowe * policealne * wyższe |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * nie dotyczy * bezrobotny/a (zarejestrowana w urzędzie pracy) * bezrobotny/a(niezarejestrowana w urzędzie pracy) * bierna zawodowo * **zatrudniony/a w tym:** * rolnik * zatrudniony/a - samozatrudniony/a * zatrudniony/a w mikroprzedsiębiorstwie * zatrudniony/a w małym przedsiębiorstwie * zatrudniony/a w średnim przedsiębiorstwie * zatrudniony/a w dużym przedsiębiorstwie * zatrudniony/a w administracji publicznej * zatrudniony/a w organizacji pozarządowej * Odmowa podania informacji |
|  | Orzeczenie o niepełnosprawności | * nie posiadam * posiadam * odmowa podania informacji |
|  | Osoba niesamodzielna (osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.) | * tak * nie * odmowa podania informacji |
|  | Osoba starsza ( osoba, która ukończyła 60 rok życia) | * tak * nie * odmowa podania informacji |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, emigrant, osoba obcego pochodzenia | * nie * tak * odmowa podania informacji |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * nie * tak * odmowa podania informacji |
|  | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej). | * nie * tak * odmowa podania informacji |

Oświadczam, że:

1. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i jest realizowany w oparciu o umowę o dofinansowanie zawartą 29 czerwca 2018 r. pomiędzy Gminą Wisznice a Województwem Lubelskim, nr umowy 80/RPLU.11.02.00-06-0014/18-00 a udział w zajęciach projektowych jest bezpłatny.
2. Zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa we wszystkich działaniach przewidzianych w ramach Projektu oraz do ich ukończenia, zgodnie z założeniami projektowymi.
3. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą prowadzone w trakcie Projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Zapoznałem/-am się z ***Regulaminem rekrutacji projektu pn.: ”*Usługi społeczne w Gminie Wisznice*”***i akceptuję jego treść.
5. Oświadczam, że mój udział w Projekcie jest dobrowolny.
6. Oświadczam, iż mam świadomość, że wszelkie dane dotyczące mojej osoby będą przetwarzane w zbiorach: ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020; ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („ Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

……………………………….………………………………….

DATA I PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI