

FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Aktywuj siebie” nr projektu FEMA.08.01-IP.01-03IR/24

DANE KANDYDATA (PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)			
1. Imię (imiona) i nazwisko			
2. Obywatelstwo			
2. PESEL		Data urodzenia	
4. Płeć	Kobieta Mężczyzna	Wiek	 lat
5. Adres	Województwo: MAZOWIECKIE		
	Powiat: PŁOCKI		
	Gmina:		
	Miejscowość:		
	Obszar: miejski wiejski	DEGURBA: tereny słabo zaludnione (wiejskie) – 50 % ludności zamieszkuje obszary wiejskie (3) miasta średnie poniżej 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie i poniżej 50% ludności obszary o dużej gęstości zaludnienia (2) tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary gęsto zaludnione (1)	
	Kod pocztowy:		
	Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania) :		
6. Telefon kontaktowy			
7. E-mail			

8. Wykształcenie	Brak (brak formalnego wykształcenia)
	Podstawowe (ISCED 1)
	Gimnazjalne (ISCED 2)
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) (ISCED 3)
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które <u>jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</u>) (ISCED 4)
	Wyższe (ISCED 5-8)
9. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bierna zawodowo W tym osoba ucząca się: TAK -> planowana data zakończenia edukacji: NIE
	osoba bezrobotna W tym długotrwale bezrobotna (zarejestrowana w urzędzie pracy) : TAK NIE

10. Status Kandydata w chwili przystąpienia do projektu	osoba obcego pochodzenia
	TAK
	NIE
	obywatel państwa trzeciego
	TAK
	NIE
	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)
	ODMOWA PODANIA DANYCH
	TAK
	NIE
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
	TAK
	NIE
	osoba z niepełnosprawnościami
	ODMOWA PODANIA DANYCH
	TAK
	NIE
	osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
	ODMOWA PODANIA DANYCH

	TAK NIE osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobą psychiczną, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowym zaburzeniem rozwoju ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujący się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniający co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy. ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE osoby korzystające z programu pomocy żywieniowej (FE PŻ), ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE osoby dotknięte wykluczeniem komunikacyjnym., ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE osoby które opuściły jednostki penitencjarne, w terminie ostatnich 12 miesięcy, ODMOWA PODANIA DANYCH TAK NIE W przypadku osób niepełnosprawnych prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić w trakcie Pani/Pana udziału w projekcie:
11. Dodatkowe informacje	1. Sprawuję opiekę nad dzieckiem do lat 7 i/lub osobą zależną: tak nie 3. Proszę określić swoje szczególne potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie np. zapewnienie tłumacza języka migowego, druku materiałów powiększoną czcionką, potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb

	żywieniowych, wsparcia opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną, dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie
12. Oświadczenia Kandydata	Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na obszarze województwa mazowieckiego w powiecie płockim w gminie Drobin Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych należących do szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych) , zawartych w formularzu i załączonych do niego dokumentach przez realizatora projektu: Usługi Psychologiczno- Edukacyjne mgr Małgorzata Laskowska Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie oraz zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie kwalifikuję się do grupy docelowej projektu* * Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy, na podst. art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997r., Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) tj.: „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie”, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.
13. Data i miejsce sporządzenia formularza	
14. Podpis Kandydata	