**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi , pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X przy wybranej pozycji.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr projektu grantowego** |  | | | |
| **Nazwa grantobiorcy** |  | | | |
| **Okres realizacji projektu objętego grantem** | **OD:** |  | **DO:** |  |
| **Potwierdzam:**  **- wiek uczestnika projektu wskazany w formularzu** | **………………………………………...**  *Podpis Grantobiorcy* | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona | | | |  | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | |  | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | | |  | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | |  | | Miejsce urodzenia | |  | | | | |
| PESEL/inny identyfikator | | | |  | | | | | | | | |
| Brak PESEL | | | | TAK | | | | | | | | |
| Płeć | | | | KOBIETA |  | | | MĘŻCZYZNA | | |  | |
| Adres zamieszkania [[1]](#footnote-1) | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | |  | | | | | | | | | |
| Nr domu | | |  | | | Nr lokalu  *(jeśli dotyczy)* | |  | | | | |
| Miejscowość | | |  | | | Kod pocztowy | |  | | | | |
| Gmina | | |  | | | Powiat | |  | | | | |
| Województwo | | |  | | | | | | | | | |
| Kraj | | |  | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo | | |  | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | | |  | | | | | | | |
| Adres e-mail: | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | TAK | | NIE |
| Szczególna sytuacja Uczestnika/Uczestniczki projektu | | | | | | | | Osoba obcego pochodzenia | |  | |  |
| Osoba państwa trzeciego | |  | |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | |  | |  |
| odmowa podania informacji | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania | |  | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | |  | |  |
| odmowa podania informacji | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, osoba z niepełnosprawnościami:**  Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 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 i 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, z późn. zm.), zwanym „RODO”. | | | | | | | | | | | | |
| **POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI**  Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK, proszę opisać szczególne potrzeby. | | | | | | | | | | | | |
| Tak | | | | | | | Nie | | | | | |
| **Potrzeby:** | | | | | | | | | | | | |
| Załączam dokumenty: | | | | | | | | | | | | |
| ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW: | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Nazwa dokumentu | | | | | | | Data dokumentu | | | |
| 1. | | Dokument zobowiązaniowy wystawiony na uczestnika zawierający adres zamieszkania. | | | | | | |  | | | |
| 2. | |  | | | | | | |  | | | |
| 3. | |  | | | | | | |  | | | |
| Dokumenty przedłożone do wglądu Grantobiorcy: | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA :** | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137). | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem. | | | | | | | | | | | | |
| 1. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/a w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem. | | | | | | | | | | | | |

………………………………… …………….……………………………

*Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu*

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu Dane uczestnika projektu EFS+.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i podpis przedstawiciela Grantobiorcy

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: ……………………………………

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny* (Dz.U.2024.0.1061 tj. „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-1)