**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU**

| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
| --- |
| Gmina Chodzież  |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| Lokalna Akademia Umiejętności |
| **NR PROJEKTU:** |
| FEWP.09.06-IZ.00-0017/24 |

| **RODZAJ UCZESTNIKA** | INDYWIDUALNY | x | PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA PODMIOTU**(jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu) |  |
| **DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**(za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaję się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia) |  |

| **DANE UCZESTNIKA** |
| --- |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | **MĘŻCZYZNA** |  | **KOBIETA** |  | **WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu) |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)**(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) |  |
| **PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)**(osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) |  |
| **WYŻSZE (ISCED 5–8)**(osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie) |  |
| **PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA EDUKACJI W PLACÓWCE EDUKACYJNEJ, W KTÓREJ SKORZYSTANO ZE WSPARCIA** |  |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY** (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |

| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** |
| --- |
| WOJEWÓDZTWO | WIELKOPOLSKIE |
| POWIAT | CHODZIESKI  |
| GMINA | CHODZIEŻ  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR BUDYNKU |  |
| NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY | 62-800 |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |

| **STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| --- |
| **OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO**tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ** mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie | TAK |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  | NIE |  |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;2.Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3.Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | TAK |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  | NIE |  |

| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** |
| --- |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****(należy wybrać właściwe)** |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną |  |
| W TYM | OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU |  |
| W TYM | OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych |  |
| W TYM | INNE |  |
| **OSOBA BEZROBOTNA**- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia |  |
| W TYM | OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego |  |
| W TYM | INNE |  |
| **OSOBA PRACUJĄCA** |  |
| W TYM | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ |  |
| W TYM | INNE |  |

| **OŚWIADCZENIE** |
| --- |
| W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| Data | Czytelny podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) |

Potwierdzam kwalifikowalność uczestnika na podstawie……………………………………………………………………

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| Podpis pracownika GCH/SS | Czytelny podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) |

**Specjalne potrzeby uczestnika projektu:** *(dotyczy osób z niepełnosprawnością)*

Proszę wskazać usługę, z której uczestnik chce skorzystać:

[ ]  Posiadam ograniczenia uniemożliwiające mi samodzielny udziału w projekcie

[ ]  Wsparcie asystenta/trenera pracy

[ ]  Specjalne potrzeby żywieniowe – jakie?………………………………………………………………………………………

[ ]  Zapewnienie tłumacza Języka Polskiego lub Języka Migowego *(podkreślić właściwe)*

[ ]  Materiały drukowane powiększoną czcionką

[ ]  Pętla indukcyjna

[ ] Inne, jakie? ....................................................................................................................................

[ ]  Nie dotyczy

**Deklaracja oraz oświadczenia uczestnika projektu**

***„Lokalna Akademia Umiejętności”*** ***współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*; Priorytet 9; Działanie 09.06** **Aktywizacja Społeczna osób najbardziej zagrożonych wykluczeniem społecznym, budowanie lokalnego potencjału społeczeństwa obywatelskiego – Program Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027.**

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posiadający numer PESEL (lub

innych identyfikator) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie

„Lokalna Akademia Umiejętności” o numerze FEWP.09.06-IZ.00-0017/24 realizowanym przez Gminę Chodzież w partnerstwie ze Stowarzyszeniem SOCIUS w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

………………………………………………....……………….……………………

Miejscowość, data i czytelny podpis

Oświadczam, że

1. Dobrowolnie wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Lokalna Akademia Umiejętności”.

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

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym nie uległy zmianie na dzień realizacji pierwszej formy wsparcia tj…………….

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie, tj.: mieszkam (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) lub przebywam - w przypadku braku miejsca zamieszkania na terenie gminy Chodzież,

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

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „Lokalna Akademia Umiejętności” o numerze FEWP.09.06-IZ.00-0017/24 realizowanym przez Gminę Chodzież w partnerstwie ze Stowarzyszeniem SOCIUS i akceptuje jego zapisy.

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Zostałem/am poinformowana o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz standardach ochrony.

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis

1. Nie biorę udziału w innym wsparciu finansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dotyczącym aktywizacji społeczno-zawodowej w ramach działania 9.06.

………………………………………………....……………….……………………

 Miejscowość, data i czytelny podpis