



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Szanowni Państwo! Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) i wstawienie „X” w odpowiednich polach.

DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „CIS w Piątnicy – Twoją szansą na sukces”	
Nr projektu	FEPD.08.03-IZ.00-00027/24
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK) podaj inny identyfikator	
Płeć	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny (osoba fizyczna przystępująca do projektu indywidualnie)
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego lub UE
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
DANE KONTAKTOWE	
Województwo	PODLASKIE
Powiat	<input type="checkbox"/> łomżyński
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
STATUS UCZESTNIKA/KI W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z państwa trzeciego (poza UE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Migrant	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Projekt: „CIS w Piątnicy - Twoją szansą na sukces”

w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027 współfinansowany
z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus



Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (<i>należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia</i>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Inna przesłanka zagrożenia wykluczeniem społecznym, zgodnie z art 2 pkt 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP OSÓB PREFEROWANYCH DO WSPARCIA	
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących je do wsparcia w projekcie, o których mowa w podrozdziale 4.2 pkt 1, Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021–2027 lub spełniająca więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z chorobami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba korzystająca z programu FE PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba wykluczona komunikacyjnie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



ostatnich 12 miesięcy		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
STATUS UCZESTNIKA/CZKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU		
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
w tym	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
w tym	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**CIS w Piątnicy - Twoją szansą na sukces**” i akceptuję jego treści bez zastrzeżeń oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027 w ramach środków EFS PLUS

Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

Powyższe dane są zgodne z prawdą Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość, data

Czytelny podpis