

*Załącznik nr 1 do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w Projekcie:*

***„Bliżej rodziny i dziecka w Gminie Lipie”***

***Zadanie 1: Asystentura rodzinna***

**FORMULARZ OSOBOWY ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**pn. „Bliżej rodziny i dziecka w Gminie Lipie”**

**Zadanie 1: Asystentura rodzinna**

w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

1. *Dokument należy wypełnić w sposób czytelny (najlepiej drukowanymi literami),*
2. *Należy wypełnić wszystkie wymagane pola lub wpisać „nie dotyczy”, a miejscach wyboru należy postawić znak „x”,*
3. *Wypełnienie dokumentu nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu, a ostateczna kwalifikacja następuje po spełnieniu warunków opisanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część I. Dane osobowe uczestnika** | | | |
| Imię i nazwisko | |  | |
| Obywatelstwo | | ☐ polskie  ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE…………………….  ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE /  bezpaństwowiec………….. | |
| PESEL lub  inny identyfikator  *(w przypadku braku)* | |  | |
| Wykształcenie | | ☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  ☐ Wyższe (ISCED 5-8) | |
| Dane teleadresowe | | gmina:  miejscowość:  kod pocztowy:  ulica i numer: | |
| Telefon kontaktowy | |  | |
| E-mail | |  | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | | | |
| **Osoba bierna zawodowo:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wybrać odpowiednie:*  ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu  ☐ Osoba ucząca się / odbywająca kształcenie  ☐ Inne | | |
| **Osoba bezrobotna:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wybrać odpowiednie:*  ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne | | |
| **Osoba pracująca:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wybrać odpowiednie:*  ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek  ☐ osoba pracująca w administracji rządowej  ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)  ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  ☐ osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMSP)  ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  ☐ osoba pracująca w szkole lub w placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  ☐ osoba pracująca na uczelni  ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym  ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym  ☐ osoba pracująca w instytucie w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  ☐ inne | | |
| **Część II. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** | | | |
| Osoba obcego pochodzenia | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba państwa trzeciego | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | | | ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji |
| **Część III. Dane rodzica lub opiekuna prawnego – *w przypadku, uczestników poniżej 18 roku życia*** | | | |
| Imię i nazwisko | |  | |
| Telefon kontaktowy | |  | |
| E-mail | |  | |

|  |
| --- |
| **Część IV. Oświadczenia (nieobligatoryjne) - na potrzeby oceny merytorycznej (punktowanej)** |
| **1, Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA* |
| **2. Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, tj. osobą, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA* |
| **3. Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą z chorobami psychicznymi**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA LUB ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO LUB RÓWNOWAŻNY DOKUMENT* |
| **4. Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA* |
| **5. Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ ORZECZENIA LUB ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO LUB RÓWNOWAŻNY DOKUMENT* |
| **6.** **Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest osobą korzystająca z programu FE PŻ (Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027).**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI**  *JEŚLI TAK: OŚWIADCZENIE ZOSTANIE ZWERYFIKOWANE PRZEZ PRACOWNIKA GOPS* |
| **7.** **Oświadczam, że Kandydat/Kandydatka jest dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną**  **☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI/ NIE DOTYCZY**  *JEŚLI TAK: OŚWIADCZENIE ZOSTANIE ZWERYFIKOWANE PRZEZ PRACOWNIKA GOPS* |
| **Część VI. Pozostałe oświadczenia na potrzeby rekrutacji** |
| 1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że wypełnienie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie, a ostateczna kwalifikacja następuje po spełnieniu warunków opisanych w Regulaminie Naboru i Uczestnictwa w Projekcie; 2. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.‬‬‬‬‬ 3. Potwierdzam zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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. 4. Zapoznałem/am się z klauzulą RODO dostępną pod adresem: <https://lipie.pl/efsplus> ‬‬‬‬ |

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….……………… | ……………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS\** |

*\*w przypadku osób poniżej 18 roku życia – podpis składany jest przez rodzica lub opiekuna prawnego*