

*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*