Załącznik nr 1

Do Regulaminu naboru i uczestnictwa   
w projekcie pn. „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Makowa Mazowieckiego

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO PROJEKTU „ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH NA TERENIE MIASTA MAKOWA MAZOWIECKIEGO

Nr projektu: RPMA.09.02.01-14-c718/19-00

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej

Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych

**NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA REALIZATOR)**

………………………………

1. **Dane uczestnika:**
2. Imię i nazwisko: …………………………………………………………………..
3. Płeć:…………………………………………………………………………………….
4. Wiek: …………………………………………………………………………………..
5. PESEL: …………………………………………………………………………………
6. Wykształcenie: …………………………………………………………………….
7. **Dane Kontaktowe:**
8. Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………

1. Telefon kontaktowy:

…………………………………………………………………………………………

1. Adres poczty elektronicznej:

…………………………………………………………………………………………

1. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: …………………………………………………………………………..
2. **Dane dodatkowe:**
3. Korzystanie ze świadczeń pomocy (wymienić jakie):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Czy występuje niepełnosprawność (podać jaka, jaki topień – potwierdzone orzeczeniem):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest się osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (potwierdzone zaświadczeniem od lekarza oraz zaświadczenie o dochodach/ lub oświadczenie uczestnika/opiekuna):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona, zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna, całościowe zaburzenia rozwoju (oświadczenie o niepełnosprawności):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Czy jest się osobą objętą pomocą społeczną, w tym korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (oświadczenie):

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

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

1. **Uzasadnienie uczestnictwa w projekcie:**

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

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

Oczekiwania po ukończeniu uczestnictwa w projekcie:

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

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

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

1. **Oświadczenie uczestnika projektu:**
2. „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”
3. „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Miasto Maków Mazowiecki”,
4. „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie” i akceptuje jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie”,
5. „Deklaruję uczestnictwo w całej ścieżce wsparcia zaplanowanej podczas diagnozy”,
6. „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).”
7. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Maków Mazowiecki” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
8. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

………………………………………. ……………………………………

Data i podpis Data i podpis osoby   
osoby przyjmującej składającej oświadczenie  
oświadczenie