



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Lubuskie
Warte zachodu

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1 do Regulaminu Uczestnictwa

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu:

„Aktywna integracja w Powiecie Wschowskim – II edycja”

realizowanego

w ramach RPO Lubuskie 2020 Oś Priorytetowa 7 Równowaga Społeczna

Działanie 7.2 Programy aktywnej integracji realizowane przez powiatowe centra pomocy rodzinie

Dane Uczestnika Projektu		
Dane uczestnika projektu	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
	Wiek	
	PESEL	
	Data urodzenia	
Adres zamieszkania	Ulica	
	Numer domu / lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Powiat	
	Województwo	
Dane kontaktowe	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty e-mail	
	Wykształcenie	☐ Brak ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne / Ponadpodstawowe (zawodowe i średnie) ☐ Pomaturalne ☐ Wyższe



Status	Bezrobotny/a (zarejestrowany/a w PUP)	☐ Tak ☐ Nie
	długotrwale bezrobotny/a (dłużej niż 12 miesięcy zarejestrowany/a w PUP)	☐ Tak ☐ Nie
	Poszukujący/a pracy (zarejestrowany/a) w PUP	☐ Tak ☐ Nie
	Bierny/a zawodowo	☐ Tak ☐ Nie
	Uczę się/ kształcę się	☐ Tak ☐ Nie Uczę się w (nazwa szkoły, klasa) ☐ Dziennie ☐ Zaocznie ☐ Wieczorowo (kierunek) Planowana data zakończenia nauki
	Zatrudniony/a	☐ Tak ☐ umowa o pracę (etat) ☐ umowa zlecenie, o dzieło ☐ Nie
Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	☐ Tak ☐ orzeczenie na stałe ☐ orzeczenie na czas określony (do kiedy) ☐ Nie
	Stopień niepełnosprawności (bądź równoważny)	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny
	Symbol/e niepełnosprawności	
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej		☐ Tak ☐ Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		☐ Tak ☐ Nie
Korzystam ze świadczeń w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa		☐ Tak ☐ Nie
Biorę udział w innych projektach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020		☐ Tak ☐ Nie
Pełnię opiekę nad dzieckiem do lat 7		☐ Tak ☐ Nie
Pełnię opiekę nad osobą niepełnosprawną (jeżeli tak, proszę podać stopień niepełnosprawności)		☐ Tak ☐ Nie
Pełnię funkcję rodziny zastępczej		☐ Tak ☐ spokrewnionej



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Lubuskie
Warte zachodu

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



	☐ niezawodowej ☐ zawodowej ☐ Nie
Jestem dzieckiem przebywającym w rodzinie zastępczej	☐ Tak ☐ spokrewnionej ☐ niezawodowej ☐ zawodowej ☐ Nie przebywam w rodzinie zastępczej
Jestem pełnoletnim/ą wychowankiem/ą rodziny zastępczej lub placówki opiekuńczo - wychowawczej	☐ Tak ☐ Nie
Jestem w innej niekorzystnej sytuacji życiowej	☐ Tak ☐ Nie

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data

.....
(Czytelny podpis uczestnika projektu*)

Administratorem danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Kontakt do inspektora ochrony danych: iod@miir.gov.pl lub adres poczty elektronicznej: pcprwschowa.piecza@o2.pl. Dane podane przez Ciebie na formularzu będą przetwarzane w celu realizacji projektu pn.: „Aktywna integracja w Powiecie Wschowskim – II edycja”.

*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.