



Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia samodzielności”

## ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

Projekt nr RPWM.11.02.03.-28-0014/18 pt. „AKADEMIA SAMODZIELNOŚCI”

Dane uczestnika													
Nazwisko													
Imię (Imiona)													
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna												
Numer PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												
Wiek w latach w chwili przystąpienia do projektu													
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)												
Dane adresowo/kontaktowe – miejsce zamieszkania <i>(w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)</i>													
Województwo													
Powiat, gmina													
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski												
Adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)													
Numer telefonu do kontaktu													
Adres e-mail													
Telefon lub adres e-mail do kontaktu z Uczestnikiem Projektu jest wymagany.													
Dane korespondencyjne JEŻELI INNE NIŻ WYŻEJ													
Województwo													
Powiat, gmina													



Adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie <sup>1</sup>	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji ochrony rynku zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
Zatrudniony w <sup>2</sup> : w przypadku osób pracujących należy podać nazwę zakładu pracy, adres zakładu pracy (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	..... ..... ..... .....
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

<sup>1</sup> Uzupełnia pracownik Biura Projektu. Data nie może być wcześniejsza od daty rozpoczęcia realizacji projektu (Okres realizacji projektu od). Za datę rozpoczęcia udziału w projekcie – co do zasady – uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu. **Data rozpoczęcia udziału w projekcie może być zbieżna z momentem zrekrutowania do projektu** – gdy charakter wsparcia uzasadnia prowadzenie rekrutacji na wcześniejszym etapie realizacji projektu

<sup>2</sup> Jeśli uczestnik projektu jest rolnikiem wpisz w tym polu „nie dotyczy”.



Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<p>Osoba z niepełnosprawnościami – należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający.</p> <p>Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) lub orzeczenie albo inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.).</p> <p>Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</li> </ul> <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej, niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Data zakończenia udziału w projekcie <sup>3</sup>	

### Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia Samodzielności” oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
- Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia Samodzielności”.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

DATA	PODPIS UCZESTNIKA <sup>4</sup>
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA - OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE WOLI	PODPIS NIEMOŻLIWY - TUSZOWY ODCISK PALCA UCZESTNIKA - osoby składającej oświadczenie woli
Podpis osoby poświadczającej złożenie odcisku przez Uczestnika	

<sup>3</sup> Wypełnia pracownik Biura Projektu. Pole należy wypełnić zarówno w sytuacji, gdy osoba zakończyła udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką (zgodnie z założeniami projektu), jak i w momencie przedwczesnego opuszczenia projektu, tj. przerwania udziału w projekcie przed zakończeniem zaplanowanych form wsparcia

<sup>4</sup> W przypadku zgłoszenia osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.