



Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU: „Sami Możemy – Kompleksowy Program Integracji Chorych na SM i ich rodzin”**

**FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDZNIÉ POŁA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**

INFORMACJE PODSTAWOWE	
<b>Imiona i nazwisko</b>	
<b>Wiek</b>	<b>Płeć</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>Miejsce zamieszkania</b>	<p><b>Miejscowość:</b> .....</p> <p><b>Ulica:</b> ..... <b>Nr domu:</b> ..... <b>Nr lokalu:</b> .....</p> <p><b>Kod pocztowy:</b> ..... <b>Powiat:</b> .....</p> <p><b>Województwo:</b> .....</p>
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe - ISCED 0 <input type="checkbox"/> wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1 <input type="checkbox"/> wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2 <input type="checkbox"/> wykształcenie PONADGIMNAZJALNE – ISCED 3 <input type="checkbox"/> wykształcenie POLICEALNE - ISCED 4 <input type="checkbox"/> studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) - ISCED 5 <input type="checkbox"/> studia licencjackie lub ich odpowiedniki - ISCED 6 <input type="checkbox"/> studia magisterskie lub ich odpowiedniki - ISCED 7 <input type="checkbox"/> studia doktoranckie lub ich odpowiedniki - ISCED 8
<b>Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo, w tym:</b> <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu



	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> Rolnik</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> </ul> </li> </ul>
<b>Orzeczenie o niepełnosprawności</b>	<p><b>Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> TAK</li> <li><input type="checkbox"/> NIE</li> </ul> <p><b>W przypadku odpowiedzi TAK proszę o określenie stopnia niepełnosprawności:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>znaczny</b>                      <input type="checkbox"/> <b>umiarkowany</b>                      <input type="checkbox"/> <b>lekki</b></p>
	<p><b>Oświadczam, że jestem osobą chorą na stwardnienie rozsiane</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>TAK</b>   <input type="checkbox"/> <b>NIE</b></p>
	<p><b>Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby chorej na stwardnienie rozsiane.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>TAK</b>   <input type="checkbox"/> <b>NIE</b></p> <p><b>W przypadku odpowiedzi tak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>osoba z mojego otoczenia jest niepełnosprawna w stopniu znacznym</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>ze względu na opiekę nad osobą chorą pracuję w wymiarze mniejszym niż 1/1 etatu.</b></li> </ul>

**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, pt. „Sami Możemy – Kompleksowy Program Integracji Chorych na SM i ich rodzin”.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Sami Możemy – Kompleksowy Program Integracji Chorych na SM i ich rodzin” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego



Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oraz realizowany jest w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia określonych w Indywidualnej Ścieżce Reintegracji.
7. Zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. statusu na rynku pracy, udziału w kształceniu lub szkoleniu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
8. Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu projektu, w tym do dostarczenia dokumentów potwierdzających podjęcie pracy po zakończeniu udziału w projekcie - o ile podejmę pracę.
9. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno-zatrudnieniowej.
10. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
11. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
12. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
13. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku.
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM SezaM, 44-141 Gliwice, ul. Parkowa 5 oraz Partnerów Projektu: APAULY Sp. z o.o. ul. Jana Pawła II 13, 44-100 Gliwice oraz Województwo Śląskie ul. Juliusza Ligonia 46 Katowice 40-037, na potrzeby rekrutacji.

.....

.....

**/MIEJSCOWOŚĆ I DATA/**

**/CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT/**



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

