**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:**

**„Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego”**

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imiona i nazwisko** |  | | |
| **PESEL** |  | **Płeć** | **󠄳 kobieta**  **󠄳 mężczyzna** |
| **Telefon kontaktowy** |  | | |
| **E-mail** |  | | |
| **Miejsce zamieszkania** | **Miejscowość: ………………………………………………………………………………….**  **Ulica: ……………………………………….. Nr domu: ……………… Nr lokalu: ……**  **Kod pocztowy: …………………………. Powiat: ……………………………………….**  **Województwo: …………………………… Gmina: .………………………………….** | | |
| **Wykształcenie** | **□ niższe niż podstawowe - ISCED 0**  **□ wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1**  **□ wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2**  **□ wykształcenie ZAWODOWE/PONADGIMNAZJALNE– ISCED 3**  **□ wykształcenie POLICEALNE - ISCED 4**  **□ studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) - ISCED 5**  **□ studia licencjackie lub ich odpowiedniki - ISCED 6**  **□ studia magisterskie lub ich odpowiedniki - ISCED 7**  **□ studia doktoranckie lub ich odpowiedniki - ISCED 8** | | |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **□ Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy**, w tym:  □ długotrwale bezrobotna  **□ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy**  **□ Osoba bierna zawodowo**, w tym:  □ osoba nie ucząca się  □ osoba ucząca się  **□ Osoba pracująca,** w tym:  □ w administracji rządowej  □ w administracji samorządowej  □ w organizacji pozarządowej  □ na własny rachunek  □ w MMŚP  □ w dużym przedsiębiorstwie  □ Rolnik  □ Inne | | |
| **Oświadczenia** | **Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:**  □ TAK  □ NIE  **W przypadku odpowiedzi TAK proszę o określenie stopnia niepełnosprawności:**  **□ znaczny □ umiarkowany □ lekki** | | |
| **Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną biologicznie** (zaznaczyć jeśli powyżej zaznaczono odpowiedź NIE)  **□ TAK □ NIE** | | |
| **Oświadczam, że dochód miesięczny na jedną osobę w moim gospodarstwie:**  **□ nie przekracza 514zł □ przekracza 514zł** | | |

**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. „Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego”.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego” 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. Zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Projektu „ Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego” , zwanego dalej „ Regulaminem” , nie wnoszę zastrzeżeń co do jego treści i zobowiązują się do przestrzegania Regulaminu w przypadku zakwalifikowania do Projektu.
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym, w ramach którego jestem zobowiązany do złożenia formularza zgłoszeniowego wraz z wypełnioną Ankietą Diagnostyczną oraz kopią orzeczenia o niepełnosprawności ( dotyczy osób posiadających orzeczenia ), a także mam obowiązek poddania się ocenie poziomu samodzielności i badaniu lekarskiemu na zasadach określonych w Regulaminie.
5. Akceptuję fakt, iż udział w postępowaniu rekrutacyjnym nie jest równoznaczny   
   z zakwalifikowaniem do Projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
7. W przypadku zakwalifikowania się do Projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia określonych jako obowiązkowe.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej i karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM SezaM, 44-141 Gliwice, ul. Parkowa 5 na potrzeby rekrutacji.
13. Oświadczam, że nie jestem więźniem.

**…..……………………………………… …………………………………………………..**

**/MIEJSCOWOŚĆ I DATA/ /CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA /**