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

**FORMULARZ NALEŻYWYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDZNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INFORMACJE PODSTAWOWE** | | |
| **Imiona i nazwisko** |  | | |
| **Wiek** | **󠄳** | **Płeć** | **󠄳 kobieta**  **󠄳 mężczyzna** |
| **Telefon kontaktowy** |  | | |
| **E-mail** |  | | |
| **Miejsce zamieszkania** | **Miejscowość: ………………………………………………………………………………….**  **Ulica: ……………………………………….. Nr domu: ……………… Nr lokalu: ……**  **Kod pocztowy: …………………………. Powiat: ……………………………………….**  **Województwo: ……………………………………………………………………………….** | | |
| **Wykształcenie** | **□ niższe niż podstawowe - ISCED 0**  **□ wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1**  **□ wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2**  **□ wykształcenie 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 ewidencji urzędów pracy**  **□ Osoba bierna zawodowo**, w tym:  □ nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ 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 | | |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności** | **Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:**  □ TAK  □ NIE  **W przypadku odpowiedzi TAK proszę o określenie stopnia niepełnosprawności:**  **□ znaczny □ umiarkowany □ lekki** | | |
| **Oświadczam, że jestem osobą chorą na stwardnienie rozsiane**  **□ TAK □ NIE** | | |
| **Oświadczam, że jestem członkiem rodziny osoby chorej na stwardnienie rozsiane.**  **□ TAK □ NIE**  **W przypadku odpowiedzi tak:**  **□ osoba z mojego otoczenia jest niepełnosprawna w stopniu znacznym**  **□ ze względu na opiekę nad osoba chorą pracuję w wymiarze mniejszym niż 1/1 etatu.** | | |

**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. Zobowiązuje 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. Zobowiązuje 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. Zobowiązuje 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 PROJEKTU/**