**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję udział w projekcie **„W stronę sukcesu”** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020przezKoncept-Edukacja

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane osobowe** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | Nazwisko | | | |  | | | | | |
| Wiek |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |
| Płeć | 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer domu |  | | | | | Numer lokalu | | | |  | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | Miejscowość | | | |  | | | | | |
| Gmina |  | | | | | Powiat | | | |  | | | | | |
| Województwo |  | | | | | DEGURBA  (wypełnia osoba przyjmująca dokumenty) | | | |  | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | E-mail | | | |  | | | | | |
| **Wykształcenie** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Brak**  (Brak formalnego wykształcenia)  **ISCED 1 – Podstawowe**  (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  **ISCED 2 – Gimnazjalne**  (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  **ISCED 3 – Ponadgimnazjalne**  (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej/ zasadniczej szkoły zawodowej)  **ISCED 4 – Policealne**  (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  **ISCED 5 – 8 – Wyższe**  (Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | | 🞎 Brak 🞎 Podstawowe 🞎 Gimnazjalne 🞎 Ponadgimnazjalne 🞎 Policealne 🞎 Wyższe | | | | | |
| **Oświadczenie Uczestnika** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa warmińsko – mazurskiego w powiecie: lidzbarskim** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Status na rynku pracy**  **Jestem osobą bierną zawodowo**  **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w PUP-ie**  **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP-ie zakwalifikowaną do:**  - I profilu pomocy  - II profilu pomocy  - III profilu pomocy | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie  🞎 Tak 🞎 Nie  🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą, która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą niepełnosprawną[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Pochodzę z obszarów wiejskich** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą bez doświadczenia zawodowego** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Jestem osobą bez kwalifikacji zawodowych** | | | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | |
| **Informacje dodatkowe** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie 🞎 Odmowa odpowiedzi | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań** | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | | | | | | | |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie 🞎 Odmowa odpowiedzi | | | | | | | | | | | |
| **Sytuacja gospodarstwa domowego, z którego pochodzi Uczestniczka** | | | | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  🞎 Tak 🞎 Nie  w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  🞎 Tak 🞎 Nie  Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | | | | | | | |
| **Przynależność do innych grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej** | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie 🞎Odmowa odpowiedzi  Jeśli tak, to jakiej:  ……………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | |

**Jednocześnie oświadczam, iż:**

* Zostałem/-am poinformowany/-a, iż projekt **„W stronę sukcesu”** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa i wyrażam zgodę na uczestnictwo, jednocześnie akceptując warunki Regulaminu,
* Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników,
* W związku z przystąpieniem do projektu wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku dla celów informacyjnych, reklamowych i promocyjnych związanych   
  z projektem. Niniejsza zgoda nie jest ograniczona ani czasowo, ani terytorialnie. Wizerunek mój może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie   
  w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne. Niniejsza zgoda dotyczy zdjęć i filmów z moim udziałem, dokumentujących wyłącznie moje uczestnictwo   
  w projekcie. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku na potrzeby jak w oświadczeniu.
* Uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

…..……………………………………… …..………………………………………

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI PROJEKTU

1. należy przedstawić orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia [↑](#footnote-ref-1)