**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję udział w projekcie **„Twoje nowe możliwości”** 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: oleckim i ełckim** | 🞎 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 **„Twoje nowe możliwości”** 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)