**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Projekt **„Zmiana? Zacznij od siebie! Projekt aktywizacji społeczno-zawodowej”nr projektu RPWP.07.01.02-30-0067/17**współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Wielkopolską Szkołą Przedsiębiorczości Sp. Z o. o.oraz partnera Fundację Partycypacji Społecznej

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL** |
| **1. Imię (imiona) inazwisko** |  |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3. Data urodzenia** |  |
| **4. Płeć** | KobietaMężczyzna | **5. Wiek** | **.................……………… lat** |
| **6. Adreszamieszkania** | Województwo: |
| Powiat: |
| Gmina: |
| Miejscowość: |
| Obszar: MiastoWieś |
| Ulica: nrbudynku: nrlokalu: |
| Kodpocztowy: |
| **7. Telefonkontaktowy** |  |
| **8. E-mail** |  |
| **9. Wykształcenie** | Brak (brakformalnegowykształcenia) |
| Podstawowe |
| Gimnazjalne |
| Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) |
| Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie **nie jest wykształceniem wyższym**) |
| Wyższe |
| W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym |
| **10.Status na rynku pracy w chwili przystąpieniado projektu** | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, kwalifikującą się do III profilu pomocyW tym długotrwale bezrobotna:TAK NIEosoba bierna zawodowo, w tym:oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracyoświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzeniaODMOWAPODANIADANYCH TAK NIEosoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkańTAK NIEOsoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc ŻywnościowaTAK NIEOsoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznejTAK NIE |
| **12. OświadczeniaUczestnika**  | **Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności**ODMOWAPODANIADANYCHTAK NIE**Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności** osoba z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawnościosoba z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawnościosoba z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności**Oświadczam, że jestem** osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną i/lub osobą z zaburzeniami psychicznymiTAK NIE**Oświadczam, że jestem** osobą/członkiem z rodziny spełniającej/ą przesłankę ubóstwa, tj. osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020TAK NIE |
| **13. Oświadczenie** | Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wielkopolską Szkołę Przedsiębiorczości Sp. z o. o. moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w postępowaniu rekrutacyjnym na potrzeby stwierdzenia kwalifikowalności udziału w projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), RODO.Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem z pomocy społecznejOświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i warunków uczestnictwa. |
| **14. Data i miejsce sporządzenia** **formularza** |  |
| **15. PodpisUczestnika** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **16. Poziomprzyznanegowsparcia** | Indywidualne spotkania z psychologiemi doradcą zawodowymTrening aktywizacyjno-motywacyjny oraz grupowe poradnictwo psychologiczneTrening kompetencji i umiejętności społecznych.Plastyczne warsztaty integracyjneIndywidualne spotkania z pośrednikiem pracy Szkolenia i kursy zawodoweStaż zawodowy |
| **17. Data rozpoczęcia udziału wprojekcie** (*należy**wpisaćdatępierwszegowsparcia)* | ......................................................................................... |
| **18. Data zakończeniaudziału w projekcie** (n*ależy wpisaćostatnidzieńdanej osoby wprojekcie)* | ......................................................................................... |
| **19. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** | Tak Nie |
| **20. Powód wycofania się z proponowanejformy wsparcia** (*należywypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)* | Podjęcie zatrudnieniaPodjęcie naukiInne |