Załącznik nr 1 do Regulaminu udziału w projekcie

 **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem udziału w projekcie **„**Odkryj swój potencjał!”.

**I. Dane projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **Odkryj swój potencjał!** |
| **Realizator projektu** | **Związek Centralny Dzieła Kolpinga w Polsce** |

**II. Dane Uczestnika/Uczestniczki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Imię**  |  |
| 2 | **Nazwisko**  |  |
| 3 | **Płeć**  |  | **kobieta** |
|  | **mężczyzna** |
| 4 | **PESEL**  |  |
|  | **brak PESEL** |
| 5 | **Numer telefon**  |  |
| 6 | **Adres e-mail**  |  |
| **Adres** |
| 7 | **Kraj** |  | 8 | **Województwo** |  |
| 9 | **Powiat** |  | 10 | **Gmina** |  |
| 11 | **Miejscowość** |  | 12 | **Kod pocztowy** |  |
| 13 | **Ulica** |  | 14 | **Nr domu/ nr lokalu** |  |
| **Status na rynku pracy** (zaznacz **x** przy właściwej odpowiedzi) |
| 15 |  | **osoba bezrobotna, w tym:** |  | **osoba długotrwale bezrobotna** |
| 16 |  | **osoba bierna zawodowo (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna)**  |
| 17 |  | **osoba pracująca, w tym:** |  | **osoba prowadząca działalność na własny rachunek** |
| 18 | **Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych** |  | **TAK** |  | **NIE** |  | **Odmowa****odpowiedzi** |
| 19 | **Osoba obcego pochodzenia** |  | **TAK** |  | **NIE** |
| 20 | **Osoba z krajów trzecich** |  | **TAK** |  | **NIE** |
| 21 | **Osoba w kryzysie bezdomności** **lub dotknięta wykluczeniem z** **dostępu do mieszkań** |  | **TAK** |  | **NIE** |
| 22 | **Osoba z niepełnosprawnościami** |  | **TAK** |  | **NIE** |  | **Odmowa****odpowiedzi** |
| 23 | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** |  | **TAK** |  | **NIE** |  | **Odmowa****odpowiedzi** |
| 24 | **Osoba objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę** |  | **TAK** |  | **NIE** |

Wraz z formularzem zgłoszeniowym prosimy o dostarczenie niżej wymienionych dokumentów:

* zaświadczenie odpowiedniego podmiotu potwierdzającego pracę lub naukę na terenie Gminy Kraków (Załącznik nr 4)
* orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
* Inne: np.: numer PESEL ze statusem UKR (jeśli dotyczy)

|  |
| --- |
| **Dane rodzica/opiekuna prawnego Uczestnika/Uczestniczki projektu**dotyczy tylko niepełnoletniego Uczestnika/Uczestniczki projektu |
| 1 | **Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego** |  |
| 2 | **Telefon kontaktowy** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalne potrzeby:**(JEŚLI DOTYCZY - proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie): | Narzędzia dostosowane do niepełnosprawności: |  |
| Alternatywne formy materiałów: |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego: |  |
| Inne: |  |

**KRYTERIA REKRUTACYJNE**

Ja niżej podpisany/podpisana **oświadczam, że spełniam niżej wskazane kryteria rekrutacyjne**:

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE****Niespełnienie któregokolwiek z kryteriów obligatoryjnych uniemożliwia udział w projekcie****OŚWIADCZAM, iż**  |
| **jestem osobą w wieku 14 – 20 lat** oraz zobowiązuje się do okazania dokumentu potwierdzającego wiek osobie przyjmującej niniejszy formularz. | TAK |  | NIE |  |
| */podkreśl właściwe poniżej - 1,2,3/*1. **posiadam miejsce zamieszkania na terenie gminy Kraków**

i/lub 1. **uczę się na terenie gminy Kraków**

i/lub 1. **pracuję na terenie gminy Kraków**

Uwaga: wystarczy spełniać jedno z powyższych wskazań (1,2 lub 3), aby spełniać kryterium i wskazać odpowiedź TAK | TAK |  | NIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data |  |
| Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu |  |
| dodatkowo w przypadku osób niepełnoletnich Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego  |  |

**Wypełnia pracownik Biura projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wpływu niniejszego formularza |  |
| Potwierdzam okazanie przez uczestnika/uczestniczkę projektu dokumentu potwierdzającego wiek |  |