FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa związanych z warunkami pracy wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027, Priorytetu 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.7 Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, typ 4, nr projektu FEPZ.06.07-IP.01-0001/25

Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami. W polach wyboru zaznacz właściwą odpowiedź znakiem X.

DANE OSOBOWE		
DANE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI	Obywatelstwo	
	Imię	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Brak numeru PESEL – data urodzenia (dotyczy cudzoziemców bez numeru PESEL)	
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (liczba skończonych lat)	
	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
	Wykształcenie (należy zaznaczyć najwyższy ukończony poziom)	☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0) ☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne / ponadpodstawowe (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5–8)

DANE KONTAKTOWE (adres zamieszkania)	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku / nr lokalu	
	Kod pocztowy/poczta	
	Obszar	☐ miejski ☐ wiejski ☐ miejsko-wiejski
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	☐ TAK ☐ NIE
	w tym osoba długotrwale bezrobotna	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba bierna zawodowo	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba pracująca lub prowadząca działalność gospodarczą, w tym:	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w administracji rządowej	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w administracji samorządowej	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwa)	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	☐ TAK ☐ NIE
	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ TAK ☐ NIE
	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ TAK ☐ NIE
	inne	☐ TAK ☐ NIE

	Wykonywany zawód / stanowisko	
	Nazwa pracodawcy i miejscowość zakładu pracy	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU	Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba z państwa trzeciego (obywatel państwa spoza UE)	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane, np. Romowie)	☐ TAK ☐ NIE ☐ odmawiam podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK ☐ NIE ☐ odmawiam podania informacji
	Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie (np. dostępność sali, tłumacz PJM, materiały w powiększonej czcionce) jeśli dotyczy	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA (wypełnia koordynator projektu)	Udział w projekcie:	data rozpoczęcia: …… data zakończenia: ……
	Udział we wsparciu:	data rozpoczęcia: …… data zakończenia: ……
	Rodzaj wsparcia	

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, w szczególności zamieszkuję lub pracuję na terenie województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego;
2. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027;
4. nie korzystam w tym samym czasie z tożsamego wsparcia w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
5. zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych (załącznik do formularza);
6. zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, w zakresie niezbędnym do monitorowania wskaźników oraz do niezwłocznego informowania o zmianie danych podanych w formularzu;
7. dane podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…… ……

miejscowość, data — czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu

Wypełnia Beneficjent:

data wpływu formularza …… podpis osoby przyjmującej ……