**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**pn. „Ełcki LOWE” nr projektu FEWM.06.05-IZ.00-0001/24**

*współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+*

*realizowanego przez Fundację Wsparcia Nauki i Biznesu w ramach programu regionalnego*

*Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) na lata 2021-2027,*

*Priorytet FEWM.06.00: Edukacja i kompetencje EFS+,*

*Działanie FEWM.06.05.Edukacja przez całe życie*

1. **DANE KANDYDATA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię (Imiona)** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | [ ]  kobieta [ ]  mężczyzna |
| **OBYWATELSTWO** | [ ]  Obywatelstwo polskie[ ]  Obywatel kraju UE – brak polskiego obywatelstwa[ ]  Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec  |
| **Wykształcenie**(należy wybrać najwyższe ukończone) | [ ]  ISCED (0-2) Średnie I stopnia lub niższe [ ]  ISCED 3 Ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe[ ]  ISCED 4 Policealne [ ]  ISCED 5-8 Wyższe |

1. **DANE KONTAKTOWE I ADRES ZAMIESZKANIA** *(w rozumieniu Kodeksu Cywilnego):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo** | **Powiat** | **Gmina** |
| warmińsko-mazurskie | ełcki |  |
| **Miejscowość** | **Ulica** |
|  |  |
| **Nr budynku** | **Nr lokalu** | **Kod pocztowy** |
|  |  |  |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** | **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail** |
| [ ]  obszar wiejski[ ]  obszar miejsko-wiejski[ ]  miejski |  |  |

1. **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

(Prawidłową odpowiedź zaznacz znakiem X)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **osoba bezrobotna, w tym:** | [ ]  zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:osoba długotrwale bezrobotna [ ]  tak [ ]  nie[ ]  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| [ ]  **osoba bierna zawodowo, w tym:** | [ ]  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ]  Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ]  Inne |
| [ ]  **osoba pracująca, w tym:** | [ ]  osoba pracująca w administracji rządowej |
| [ ] osoba pracująca w administracji samorządowej |
| [ ] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| [ ]  osoba pracująca w MMŚP |
| [ ]  osoba pracująca w organizacji pozarządowej |
| [ ]  osoba pracująca na własny rachunek |
| [ ]  osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą |
| [ ]  osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) |
| [ ]  osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) |
| [ ]  osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) |
| [ ]  osoba pracująca na uczelni |
| [ ]  osoba pracująca w instytucie naukowym |
| [ ]  osoba pracująca w instytucie badawczym |
| [ ]  osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz |
| [ ]  osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki |
| [ ]  osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej |
| [ ]  inne |

1. **SZCZEGÓLNA SYTUACJA KANDYDATA/KANDYDATKI:**

 Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi znakiem X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **Proszę zaznaczyć odpowiedź poprzez wpisanie „X”** |
| **1.** | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
| **2.** | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu mieszkań |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ  |
| **3.** | Jestem osobą z niepełnosprawnościami*(Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, należy dostarczyć zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia)* |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
| **4.** | Jestem osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 *(Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK do należy dostarczyć zaświadczenie potwierdzające korzystanie z FE PŻ)* |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
| **5.** | Jestem osobą korzystającą z systemu opieki społecznej *(Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK do formularza należy dołączyć zaświadczenie z MOPS/GOPS)* |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
| **6.** | Moja rodzina jest rodziną wielodzietną (tzn. jest rodziną z min. 3 dzieci)*(Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK proszę dołączyć zaświadczenie lub Kartę Dużej Rodziny)* |  TAK  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |
| **7.** | Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).*(Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK proszę wpisać czego dotyczy sytuacja (np. byli więźniowie, narkomani itp.)* |  TAK, ………………………………….…  NIE NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANEJ WRAŻLIWEJ |

1. **UCZESTNICTWO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Warsztaty tematyczne, w których chce uczestniczyć:** (Proszę zaznaczyć znakiem X) | [ ]  Warsztaty z wizerunku, wizażu i stylizacji[ ] Warsztaty rękodzielnicze [ ]  Szydełkowanie[ ]  Skuteczna komunikacja w rodzinie[ ]  Edukacja wspierająca – aktywny czas rodzica z dzieckiem[ ]  Warsztaty kintsugi[ ]  Ekologiczne środki czystości[ ]  Warsztaty z emisji głosu[ ]  Warsztaty fotograficzne[ ]  Warsztaty taneczne[ ]  Zdrowe odżywianie[ ]  Zdrowy kręgosłup[ ]  Pilates[ ]  Warsztaty florystyczne[ ]  Syropy domowe[ ]  Warsztaty komputerowe – domowy budżet bez tajemnic[ ]  Las w słoiku[ ]  Warsztaty integracyjno-kulturalne [ ]  Warsztaty samoobrony |
| **Specjalne potrzeby wynikające ze stopnia niepełnosprawności** (jeśli dotyczy) |  |

1. **OŚWIADCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Mam ukończone 18 lat | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Moje miejsce zamieszkania (w rozumieniu przepisów *Kodeksu Cywilnego*) znajduje się na terenie powiatu ełckiego, na terenie jednej spośród wymienionych gmin: Ełk, Ełk – gmina wiejska, Kalinowo, Prostki, Stare Juchy | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Oświadczam, że:**1. **Samodzielnie,** z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie *„Ełcki LOWE”* współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu *Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027*.
2. **Jestem** osobą wymagającą podniesienia poziomu umiejętności podstawowych.
3. **Oświadczam,** że spełniam wszystkie kryteria dostępu do udziału w projekcie.
4. **Zostałam/em** poinformowana/y, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+.
5. **Zostałam/em** poinformowana/y, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
6. **Zapoznałam/em się** z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „Ełcki LOWE”* i akceptuję jego treść.
7. **Zobowiązuję się** do przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (m.in. sytuacji społecznej, statusu na rynku pracy, informacji dot. kształcenia, edukacji) oraz na wszelkie badania mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
8. **Wyrażam/~~nie wyrażam~~** zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Fundację Wsparcia Nauki i Biznesu, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu „Ełcki LOWE”. Jestem świadoma/y, że wyrażenie zgody oznacza, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu, portalach społecznościowych Beneficjenta oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.
9. **Zrzekam się** niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Fundacji Wsparcia Nauki i Biznesu, z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/ wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.
10. **Wyrażam/~~nie wyrażam~~** zgodę na wykorzystanie mojego numeru telefonu i/lub adresu poczty elektronicznej w celach marketingowych, w tym do informowania przez Fundację Wsparcia Nauki i Biznesu o realizacji zadań związanych z celami statutowymi i promocyjnymi, również po zakończeniu mojego udziału w projekcie. Jestem świadoma/y, że zgoda ta może zostać wycofana w każdym czasie.
11. **Uprzedzony/a** o odpowiedzialności prawnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia, oświadczam, iż informacje/dane podane przeze mnie w Formularzu Zgłoszeniowym pozostają aktualne i zgodne z prawdą na dzień podpisania niniejszej deklaracji.
 |

1. **ZAŁĄCZNIKI** (jeśli dotyczy):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………………. ………………………………………………………………………………………………….

 (data) (czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)