FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla osób z niepełnosprawnością

Projekt pn. „Ośrodek Wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością", realizowany jest w ramach projektu „Innowacje w częstochowskiej pomocy społecznej" finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 dla osi priorytetowej: IX Włączenie społeczne, działanie: 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie: 9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych - RIT Subregion Północny.

Prosimy o wypełnienie swoich danych osobowych, które musimy posiadać, aby Pan/i mógł/mogła zostać uczestniczką/uczestnikiem projektu.

W pustych białych polach po prawej stronie prosimy wpisać swoje dane, w przypadku prośby o zaznaczenie – prosimy o zaznaczenie krzyżykiem w okienku odpowiednią informację.

1.	**Chciałbym/chciałabym być uczestnikiem/uczestniczką:** (zaznacz)	☐ Pracownie aktywizacji społecznej dla dorosłych osób z niepełnosprawnością ☐ Wsparcie specjalistów ☐ Fizjoterapia osób niepełnosprawnych
2.	**Jestem osobą z niepełnosprawnością:** (zaznacz)	☐ Tak, w jakim stopniu: ○ Lekkim ○ Umiarkowanym ○ Znacznym
3.	**Imię:**	
4.	**Nazwisko:**	
5.	**Telefon kontaktowy:**	

6.	**Adres zamieszkania:**	
7.	**Płeć:** (zaznacz)	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
8.	**Status na rynku pracy:** (zaznacz)	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, o ustalonym profilu pomocy: ○ I ○ II ○ III ☐ Osoba bierna zawodowo ☐ Osoba pracująca

Oświadczenia

W związku z chęcią przystąpienia do projektu „Ośrodek Wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością”:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do potrzeb procesu rekrutacji, w oparciu o ustawę z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych.
2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie tego formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.
5. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

6. Oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.

…….. ……..

Miejscowość, data Podpis[i]

[i] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

Projekt pn. „Ośrodek Wsparcia dla dorosłych osób z niepełnosprawnością”, realizowany jest w ramach projektu „Innowacje w częstochowskiej pomocy społecznej” finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 dla osi priorytetowej: IX Włączenie społeczne, działanie: 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne
i zdrowotne, poddziałanie: 9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych - RIT Subregion Północny.