



**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„Połączmy swoje siły!”, nr FEPM.05.11-IZ.00-0061/23**

**współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027,
Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+),
Działanie 5.11 Aktywne włączenie społeczne**

Data wpływu Formularza rekrutacyjnego: (wypełnia Beneficjent Projektu)	
Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny: (wypełnia Beneficjent Projektu)	
Nr w rejestrze ewidencyjnym: (wypełnia Beneficjent Projektu)	

**Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI
lub wstawić „X” w białych pustych polach**

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię, imiona		Nazwisko	
Data urodzenia		Płeć	Kobieta
PESEL			Mężczyzna
Brak numeru PESEL	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)			
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz rekrutacyjny)			

**ADRES ZAMIESZKANIA**

(UWAGA: dołączyć dokument zewnętrzny potwierdzający miejsce zamieszkania)

Obszar zamieszkiwania

(uzupełnia osoba przyjmująca Formularz rekrutacyjny)

 obszar miejski obszar wiejski

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			
Poczta		Gmina			
Powiat		Województwo			
Kraj					

Adres korespondencyjny

(uzupełnić tylko jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż zamieszkania)

DANE KONTAKTOWE

Telefon kontaktowy

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

WYKSZTAŁCENIE**ISCED 0 - Niższe niż podstawowe** (*brak formalnego wykształcenia*)**ISCED 1 - Podstawowe** (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej*)**ISCED 2 - Gimnazjalne** (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej*)**ISCED 3 - Ponadgimnazjalne** (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub szkoły zawodowej*)**ISCED 4 - Policealne** (*kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym*)**ISCED 5-8 - Wyższe** (*kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. studiów krótkiego cyklu, licencjackich, magisterskich, doktoranckich*)



STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(UWAGA: dołączyć dokument zewnętrzny potwierdzający status, np. zaświadczenie z Urzędu Pracy, zaświadczenie z ZUS, zaświadczenie o zatrudnieniu)

Status na rynku pracy

- OSOBA BEZROBOTNA** (pozostająca bez zatrudnienia i gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia):
 - BEZROBOTNY/A ZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY** (osoba pozostająca bez zatrudnienia i gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia zarejestrowana w Urzędzie Pracy)
UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy w tym:
 - DŁUGOTRWALE BEZROBOTNY/A** (osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy łącznie przez ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych w miejscu pracy)
UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy
 - BEZROBOTNY/A NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY** (osoba pozostająca bez zatrudnienia i gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy)
UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie z ZUS
- OSOBA BIERNIA ZAWODOWO** (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, np. studentów studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych, osoby będące na urlopie wychowawczym)
UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie z ZUS w tym:
 - OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU**
 - OSOBA UCZĄCA SIĘ / ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE** (osoba zaangażowana w proces kształcenia formalnego, nieformalnego, incydentalnego)
UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie potwierdzające status studenta lub ucznia/kopię ważnej legitymacji

**STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU

<p>Jestem osobą z niepełnosprawnościami (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), lub osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)) UWAGA: dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez właściwy polski organ orzekający</p> <p>w związku z posiadaną przeze mnie niepełnosprawnością posiadam specjalne potrzeby, które ułatwiłyby mi udział w oferowanych wsparciach w ramach niniejszego projektu:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</p> <p><input type="checkbox"/> NIE ZAGŁASZAM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY</p>
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Inne (np. specjalne wyżywienie)	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Wsparcie asystenta	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Obywatelstwo	<p><input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE</p>
<p>Jestem osobą państwa trzeciego (osoba, która nie posiada obywatelstwa żadnego z krajów UE ani: Norwegii, Islandii, Lichtensteinu oraz Szwajcarii / osoby bez ustalonego obywatelstwa)</p> <p>UWAGA: należy dołączyć dokument potwierdzający</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>



<p>Jestem osobą obcego pochodzenia (osoba obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski)</p> <p>UWAGA: należy dołączyć dokument potwierdzający</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej (zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) lub etnicznej (zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszość: karaimska, łemkowska, romska, tatarska) w tym społeczności marginalizowane.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (posiadam wykształcenie poniżej podstawowego (ISCED 0), jestem zagrożona/y wykluczeniem społecznym, jestem osobą bezdomną (wykluczenie z dostępu do mieszkań), jestem osobą zamieszkującą obszary wiejskie (DEGURBA 3), byłem/am więźniem, narkomanem itp.)</p> <p>UWAGA: należy dołączyć dokument potwierdzający status osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</p>	<input type="checkbox"/> TAK Jaka sytuacja <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (osoba, która jest bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI

KRYTERIA REKRUTACYJNE FORMALNE (obowiązkowe)

NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU

Oświadczam, że:

Jestem osobą dorosłą tj. mam ukończone co najmniej 18 lat (wiek na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie)

-
- TAK**
-
-
- NIE**



<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z OPS lub MOPS/kopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności etc.)</p> <p>lub jestem osobą bierną zawodowo (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z ZUS lub potwierdzenia wygenerowanego z Platformy Usług Elektronicznych ZUS, potwierdzającego status, który musi występować łącznie z potwierdzeniem bycia sobą z niepełnosprawnością (orzeczenie o stanie zdrowia, zaświadczenie o niepełnosprawności) lub osobą chorą (zaświadczenie od lekarza) lub osobą sprawującą opiekę (na przykład akt urodzenia dziecka)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Jestem osobą zamieszkującą w województwie pomorskim (weryfikacja na podstawie dokumentu potwierdzającego adres zamieszkania)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK (proszę zaznaczyć właściwy obszar w jednej z gmin)</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT CHOJNICKI</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Chojnice – gmina miejska</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT CZŁUCHOWSKI</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Człuchów – gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Debrzno – gmina miejsko-wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Czarne – gmina miejsko-wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Rzeczenica – gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Koczała – gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT KOŚCIERSKI</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Karsin – gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Stara Kiszewa – gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Liniewo - gmina wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> POWIAT BYTOWSKI</p> <p><input type="checkbox"/> gmina Miastko – gmina miejsko-wiejska</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Na dzień wypełniania Formularza rekrutacyjnego nie korzystam ze wsparcia w innym projekcie współfinansowanym ze środków EFS+ oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie nie mogę rozpocząć udziału w innym projekcie współfinansowanym ze środków UE (weryfikacja na podstawie oświadczenia)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK KORZYSTAM <input type="checkbox"/> NIE KORZYSTAM</p>



<p>Jestem osobą bez pracy – bezrobotną (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z PUP, zaświadczenia z ZUS lub potwierdzenia z Platformy Usług Elektronicznych ZUS)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Należę do minimum 1 z grup: (proszę zaznaczyć właściwe grupy)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osób doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego (z powodu więcej niż 1 z przesłanek: kwalifikujących do wsparcia zgodnie z Regulaminem wyboru proj. lub z art. 7 ustawy z dn. 12.03.2024 o pomocy społecznej) [weryfikacja na podstawie zaświadczenia lub innego dokumentu poświadczającego ww. przesłankę]<input type="checkbox"/> osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/umiarkowanym/z niepełnosprawnością sprzężoną/intelektualną/ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi/ z chorobami psychicznymi [weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia o niepełnosprawności]<input type="checkbox"/> osób korzystających z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ) [weryfikacja na podstawie zaświadczenia]<input type="checkbox"/> osób opuszczających placówki opieki instytucjonalnej [weryfikacja na podstawie zaświadczenia]<input type="checkbox"/> osób zamieszkujących obszar wykluczony komunikacyjnie [weryfikacja na podstawie oświadczenia]<input type="checkbox"/> osób, które opuściły jednostki penitencjarne w ciągu ostatnich 12 m-cy [weryfikacja na podstawie zaświadczenia] <p><input type="checkbox"/> NIE</p>



KRYTERIA REKRUTACYJNE PREMIUJĄCE (NIEOBOWIĄZKOWE)
NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU

Oświadczam, że:

		Liczba przyznanych punktów:
<p>jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z OPS lub MOPS/kopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności etc.)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/umiarkowanym/ z niepełnosprawnością sprzężoną/ intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi/ z chorobami psychicznymi (weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia o niepełnosprawności)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT) <input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ) (weryfikacja na podstawie zaświadczenia)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT) <input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej (weryfikacja na podstawie zaświadczenia)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT) <input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą zamieszkującą obszar wykluczony komunikacyjnie (weryfikacja na podstawie oświadczenia)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT) <input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą, która opuściła jednostki penitencjarne w ciągu ostatnich 12 m-cy (weryfikacja na podstawie zaświadczenia)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (+5 PKT) <input type="checkbox"/> NIE	



jestem kobietą	<input type="checkbox"/> TAK (+ 3 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE	
jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim (weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK (+ 3 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE	
łączna liczba uzyskanych punktów:	pkt./36 pkt.

Dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionego przez Kandydatkę / Kandydata dokumentu tożsamości.

Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż:

- **OTRZYMUJĘ / NIE OTRZYMUJĘ*** (*niepotrzebne skreślić) jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „**Połączmy swoje siły!**” (dalej: projekt) oraz akceptuję i spełniam jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim;
- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
- zostałem/am poinformowany/a, że formy wsparcia mogą odbywać się w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania;
- samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Połączmy swoje siły!**”, nr FEPM.05.11-IZ.00-0061/23;
- **POSIADAM / NIE POSIADAM*** (* niepotrzebne skreślić) pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych;
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.11 Aktywne włączenie społeczne;



- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu;
- zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Fundacja Aktywizacji Społecznej bestWAY, z siedzibą w Obornikach (64-600), przy ul. Polnej 6, jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Beneficjenta Fundację Aktywizacji Społecznej bestWAY oraz Partnera Projektu Paweł Rozmarynowski ARTCOM wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem (w tym również w związku z procesem rekrutacji), a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu CST2021 – Centralny System Teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 ust. 29 ustawy wdrożeniowej oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania, a podanie przeze mnie danych osobowych Administratorowi na charakter dobrowolny, jednak odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w procesie rekrutacji. Przysługuje mi prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonałem/am na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Fundacja Aktywizacji Społecznej bestWAY oraz Partner Projektu Paweł Rozmarynowski ARTCOM zapewniają standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
- zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Beneficjentowi Projektu informacji na temat statusu na rynku pracy oraz informacji na temat podjęcia nauki, wolontariatu, terapii uzależnień, udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu/nabyciu kwalifikacji/kompetencji, w terminie do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie (w tym o dostarczeniu niezbędnych dokumentów);
- deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla mnie w ramach projektu; równocześnie w przypadku uzasadnionej rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Beneficjenta Projektu;
- wyrażam gotowość podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w Projekcie;



- zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwości udziału w projekcie;
- zobowiązuję się do dostarczenia Beneficjentowi Projektu załączników do niniejszego Formularza rekrutacyjnego wymaganych na podstawie Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „Połączmy swoje siły!”, nr FEPM.05.11-IZ.00-0061/23;
- uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z przepisów Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą.

.....
data i czytelny podpis Kandydatki / Kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Połączmy swoje siły!”, nr FEPM.05.11-IZ.00-0061/23 (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
data i czytelny podpis Kandydatki / Kandydata

Na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn. zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „Połączmy swoje siły!”, nr FEPM.05.11-IZ.00-0061/23. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez Fundację Aktywizacji Społecznej bestWAY mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu „Połączmy swoje siły!”. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.

.....
data i czytelny podpis Kandydatki / Kandydata



Do niniejszego Formularza załączam:

- zaświadczenie z ZUS/PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej
- zaświadczenie z PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby długotrwale bezrobotnej (o ile dotyczy)
- zaświadczenie z ZUS potwierdzające posiadanie statusu osoby biernej zawodowo
- zaświadczenie potwierdzające status ucznia/studenta (o ile dotyczy)
- kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (o ile dotyczy)
- dokument potwierdzający miejsce zamieszkania
- dokument potwierdzający obce pochodzenie Uczestnika (o ile dotyczy)
- dokument potwierdzający status obywatela państwa trzeciego (OPT) [o ile dotyczy]
- świadectwo ukończenia etapu nauki na poziomie nie wyższym, niż ISCED 3 włącznie (o ile dotyczy)
- dokument potwierdzający dotknięcie lub zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
- dokument potwierdzający znajdowanie się w innej niekorzystanej sytuacji społecznej (o ile dotyczy)
- dokument potwierdzający doświadczenie wielokrotnego wykluczenia społecznego (o ile dotyczy)
- zaświadczenie potwierdzające korzystanie z FE PŻ (o ile dotyczy)
- zaświadczenie potwierdzające opuszczenie placówki opieki instytucjonalnej (o ile dotyczy)
- oświadczenie osoby wykluczonej komunikacyjnie (o ile dotyczy)
- zaświadczenie potwierdzające opuszczenie jednostki penitencjarnej w terminie ostatnich 12 m-cy (o ile dotyczy)