

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU Inkubator Kluczowych Kompetencji

Prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami wszystkie białe pola oraz zaznaczyć odpowiedni kwadrat.

DANE OSOBOWE KANDYDATA										
Imię (imiona)										
Nazwisko										
Pesel										
Wiek					Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak ISCED 0 (<i>brak formalnego wykształcenia</i>) <input type="checkbox"/> Podstawowe ISCED 1 (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne ISCED 2 (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne ISCED 3 (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej</i>) <input type="checkbox"/> Policealne ISCED 4 (<i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>) <input type="checkbox"/> Wyższe ISCED 5, ISCED 6, ISCED 7, ISCED 8 (<i>kształcenie ukończone na poziomie studiów Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych; studiów wyższych licencjackich; studiów wyższych magisterskich; studiów wyższych doktoranckich</i>)									
DANE KONTAKTOWE KANDYDATA (adres zamieszkanie wg Kodeksu Cywilnego ¹)										
Adres e-mail						Telefon kontaktowy				
Ulica						Numer domu/lokalu				
Miejscowość						Kod pocztowy				
Województwo				Powiat			Gmina			

INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<p>Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami² (<i>Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument</i>) (dane wrażliwe):</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu i rodzaju (dane wrażliwe):	Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
	Rodzaj niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe <input type="checkbox"/> długotrwała <input type="checkbox"/> chroniczna o charakterze psychicznym <input type="checkbox"/> sprzężona ³ <input type="checkbox"/> choroba nowotworowa piersi <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi
STATUS NA RYNKU PRACY	
Oświadczam, że jestem osobą posiadającą zatrudnienie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą bez zatrudnienia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Oświadczam, iż:

- Zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Inkubator Kluczowych Kompetencji**”, współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych realizowanym przez Fundację na Rzecz Seniorów „BONUM VITAE”. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości podania danych wrażliwych, tj. dotyczących stanu zdrowia.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie 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

³ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.



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). Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, **dnia**

Czytelny podpis Kandydata

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

Inkubator Kluczowych Kompetencji

W związku z przystąpieniem do projektu: „Inkubator Kluczowych Kompetencji” pouczony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:

Jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa⁴:	dolnośląskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	lubelskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	małopolskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	podkarpackiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	śląskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	świętokrzyskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	mazowieckiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
	opolskiego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą powyżej 18 roku życia:		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością⁵ (dane wrażliwe)		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Miejscowość, dnia

Czytelny podpis Kandydata

⁴ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

⁵ Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).