



Załącznik nr 1 do Regulaminu

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE: „MOC AKTYWIZACJI”

DANE OSOBOWE:		
1.	Imię (imiona):	
2.	Nazwisko:	
3.	PESEL:	
4.	Płeć: (właściwie zaznaczyć X)	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
5.	Wiek:	
6.	Specjalne potrzeby:	
POZIOM WYKSZTAŁCENIA: *Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia		
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0)*		
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)*		
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)*		
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* (ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)		
<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4)* (ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)		
<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)*		
ADRES ZAMIESZKANIA:		
1.	Kraj:	
2.	Ulica:	
3.	Nr domu:	
4.	Nr lokalu:	
5.	Miejscowość:	
6.	Kod pocztowy:	
7.	Poczta:	
8.	Województwo:	
9.	Powiat:	
10.	Gmina:	
11.	Obszar: (właściwie zaznaczyć X)	Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski <input type="checkbox"/>
DANE KONTAKTOWE:		
1.	Kontakt telefoniczny:	
2.	E-mail:	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY: (właściwie zaznaczyć X)		
1.	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba długotrwale bezrobotna* Zaznaczyć właściwie, jeżeli w pkt. 1 lub pkt. 2 zaznaczono TAK	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3a.	Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3b.	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3c.	Inne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

*za osobę długotrwale bezrobotną (na potrzeby realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE) uznaje się: osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat oraz osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej.



DODATKOWE DANE: (właściwie zaznaczyć X)		
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3.	Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3a	w tym osoba: *ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, *z niepełnosprawnością sprzężoną, *z lekkim stopniem niepełnosprawności, co do której orzeczono niepełnosprawność intelektualną, chorobę psychiczną, epilepsję lub całościowe zaburzenia rozwojowe	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <small>Należy zaznaczyć TAK m.in. wtedy, gdy kandydat pochodzi z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3).</small>

Jednocześnie oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie **„Moc aktywizacji”** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, 1 Oś Priorytetowa Rynek pracy otwarty dla wszystkich, działanie 1.5.1 Rozwój Potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami, poddziałanie 1.5.1 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nr wniosku o dofinansowanie POWR.01.05.01-00-0043/20.
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- oświadczam, że zapoznałem/-am się Regulaminem projektu **„Moc aktywizacji”** i w pełni akceptuję jego treść,
- zobowiązuje się do przekazania wraz z Deklaracją uczestnictwa w projekcie, wszystkich niezbędnych dokumentów określonych w Regulaminie projektu, w tym dokumentów potwierdzających spełnienie kryteriów kwalifikowalności do udziału w projekcie,
- zobowiązuje się do powiadomienia „Instytutu Badawczo-Szkoleniowego” Sp. z o. o. najpóźniej na 5 dni przez datą rozpoczęcia szkolenia/kursu/zajęć o braku możliwości uczestniczenia w szkoleniu/kursie/zajęciach. W przeciwnym wypadku zobowiązuje się do zwrotu kosztów poniesionych przez „Instytut Badawczo-Szkoleniowy” Sp. z o. o. z tytułu niekwalifikowalności wydatków. Nie dotyczy sytuacji i zdarzeń losowych oraz siły wyższej,
- zobowiązuje się do niezwłocznego (w terminie do 5 dni) powiadomienia „Instytutu Badawczo-Szkoleniowego” Sp. z o. o. o zmianie statusu, miejsca zamieszkania lub innych danych, które podałem/-em w procesie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **„Moc aktywizacji”** w przypadku ich zmiany,
- zobowiązuje się do niezwłocznego (w terminie do 5 dni) powiadomienia „Instytutu Badawczo-Szkoleniowego” Sp. z o.o. o zakwalifikowaniu do innego projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Data i miejsce.....

Czytelny podpis.....