

Status uczestnika projektu .....  
w chwili przystąpienia do projektu

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne		
	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne		
	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Inne		
WYKONYWANY ZAWÓD (JEŚLI DOTYCZY)			
MIEJSCE ZATRUDNIENIA (JEŚLI DOTYCZY)			
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, JAKIEJ .....	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę w odpowiednie miejsca wpisać jakie)	Przezeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych		
	Alternatywne formy materiałów		
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie		
	Zapewnienie tłumacza języka migowego		
	Specjalne wyżywienie na szkoleniach		
	Inne		



## Oświadczenie osoby w sprawie możliwości udziału w projekcie

1. Oświadczam, że uczestniczę w tym samym czasie w projekcie realizowanym w ramach Działania 9 Włączenie społeczne, w zakresie następujących form wsparcia:

.....  
.(wskazać formy wsparcia)\*.

2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych.  
3. Wyrażam zgodę na komunikację za pośrednictwem podanego w formularzu rekrutacyjnym adresu e-mail.  
4. Oświadczam, iż nie byłem/am prawomocnie skazany/a ani, że nie toczą się przeciwko mnie postępowania za przestępstwa przeciwko interesom finansowym Wspólnot Europejskich oraz podmiotów zbiorowych oraz za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.).  
5. Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 Oś priorytetowa 9 Włączenie społeczne Działanie 9.1 .  
6. Oświadczam, że są mi znane kryteria kwalifikacji do udziału w projekcie i akceptuję ich treść.  
7. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz spełniają kryteria uprawniające do udziału w projekcie.

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis osoby, której dotyczy formularz*

\*) niepotrzebne skreślić