

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„KOMPLEKSOWE USŁUGI REHABILITACJI ZDROWOTNEJ DLA OSÓB
POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA W POWIECIE GLIWICKIM”**

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA
ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

IMIONA I NAZWISKO	
PESEL	
PŁEĆ	KOBIETA / MĘŻCZYŻNA
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Miejscowość: Ulica: Nr domu: Nr lokalu: Kod pocztowy: Województwo: Powiat: Gmina: Telefon kontaktowy:
WYKSZTAŁCENIE	☐ niższe niż podstawowe - ISCED 0 ☐ wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1 ☐ wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2 ☐ wykształcenie ZAWODOWE/PONADGIMNAZJALNE – ISCED 3 ☐ wykształcenie POLICEALNE - ISCED 4 ☐ studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) - ISCED 5 ☐ studia licencjackie lub ich odpowiedniki - ISCED 6 ☐ studia magisterskie lub ich odpowiedniki - ISCED 7 ☐ studia doktoranckie lub ich odpowiedniki - ISCED 8
STATUS NA RYNKU PRACY W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy, w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy ☐ Osoba bierna zawodowo, w tym ☐ osoba nie ucząca się ☐ osoba ucząca się ☐ Osoba pracująca, w tym: ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w organizacji pozarządowej ☐ na własny rachunek ☐ w MMŚP ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ Rolnik ☐ Inne

“Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie
gliwickim” - projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 r.

OŚWIADCZENIA	Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną: ☐ TAK ☐ NIE W przypadku odpowiedzi TAK proszę o określenie stopnia niepełnosprawności: ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki Oświadczam, że dochód miesięczny na jedną osobą w moim gospodarstwie: ☐ nie przekracza 528 zł ☐ przekracza 528zł dla osoby samodzielnie gospodarującej dochód nie przekracza ☐ nie przekracza 701 zł ☐ przekracza 701 zł
--------------	--

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- ☐ Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, pt. „Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie gliwickim”.
- ☐ Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie gliwickim” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oraz realizowany jest w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- ☐ Oświadczam, że obecnie nie korzystam z takiej samej formy wsparcia w innych projektach realizowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- ☐ Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
- ☐ Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.

“Kompleksowe usługi rehabilitacji zdrowotnej dla osób potrzebujących wsparcia w powiecie gliwickim” - projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 r.

- ☐ W przypadku zakwalifikowania się do Projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia określonych jako obowiązkowe.
- ☐ Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- ☐ Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
- ☐ Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- ☐ Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Ośrodek pod wezwaniem św Józefa w Gliwicach ul. Zygmunta Starego 19 44-100 Gliwice na potrzeby rekrutacji.
- ☐ Oświadczam, że nie jestem więźniem.

**Wraz z formularzem zgłoszeniowym należy złożyć kopię orzeczenia
o niepełnosprawności.**

.....
/MIEJSCOWOŚĆ I DATA/

.....
/CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA /