**FORMULARZ REKRUTACYJNY - OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych z Powiatu Krośnieńskiego (I)współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Osi Priorytetowej 6 Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli – rynek pracy Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Działanie 6.1 Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy,

**oświadczam, że:**

1. **jestem osobą bezrobotną** (tj. jestem osobą zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy);
2. **jestem osobą w wieku 15 – 29 lat\*** (w przypadku odpowiedzi twierdzącej, proszę uzupełnić poniższe  
    punkty)
3. **nie pracuję** (tj. jestem osobą bezrobotną lub bierną zawodowo);
4. **nie kształcę się** (tj.nie uczestniczę w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym albo zaniedbuje   
    obowiązek szkolny lub nauki);
5. **nie szkolę się** (tj. nie uczestniczę w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie,   
    uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do   
    wykonywania pracy, finansowanych ze środków publicznych, w okresie ostatnich 4 tygodni przed   
    przystąpieniem do projektu);
6. wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych przeprowadzanych przez Instytucję Zarządzająca /   
    Instytucję Pośredniczącą Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, ministerstwo   
    właściwe do spraw rozwoju regionalnego lub Komisję Europejską oraz zgodę na współpracę z podmiotami   
    upoważnionymi przez Instytucję Zarządzająca / Instytucję Pośredniczącą Programu Fundusze Europejskie   
    dla Lubuskiego 2021-2027, ministerstwo właściwe do spraw rozwoju regionalnego lub Komisję Europejską   
    do przeprowadzenia ewaluacji Projekt lub Programu;
7. poinformowano mnie, że projekt pt. „Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych z Powiatu   
    Krośnieńskiego (I) jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu   
    Społecznego Plus, Program Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027;
8. zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie poinformować Powiatowy   
    Urząd Pracy w Krośnie Odrzańskim o swoim statusie na rynku pracy, udziału w kształceniu lub szkoleniu   
    oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji (wg załącznika nr 1).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/miejscowość, data/ /czytelny podpis uczestnika projektu/

\*osoby w wieku między 18 a 29 rokiem życia, tj. od dnia, w którym przypadają 18 urodziny do dnia poprzedzającego 30 urodziny.

Na potrzeby realizacji projektu podaję dane osobowe:

/należy wypełnić drukowanymi literami/

1. **Dane uczestnika projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię/Imiona |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Obywatelstwo |  | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | |
| Wykształcenie | □ Podstawowe | □ Gimnazjalne | □ Ponadgimnazjalne/Ponadpodstawowe |
| □ Policealne / pomaturalne | | □ Wyższe |

**II. Dane teleadresowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Obszar | □ miejski | □ wiejski |
| Ulica |  | |
| Nr domu |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Numer telefonu kontaktowego | □ tel.: □ brak | |
| Adres poczty elektronicznej | □ e-mail: □ brak | |

**III. Status uczestnika projektu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia**  (osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów) | Tak | | Nie |
| **Jestem osobą z państwa trzeciego**  (osoby, które są obywatelami krajów spoza Unii Europejskiej) | Tak | | Nie |
| **Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)**  (mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska) | Tak | Nie | Odmowa podania informacji |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  (osoby bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; osoby bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); osoby przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania) | Tak | | Nie |
| **Jestem osobą posiadającą orzeczony stopień niepełnosprawności\*** | Tak | Nie | Odmowa podania informacji |

Odmowa podania informacji skutkuje brakiem możliwości udziału w projekcie

\*Jako osoba posiadająca stopień niepełnosprawności oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** specjalne potrzeby, które należy uwzględnić przy realizacji projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „posiadam” proszę o ich wskazanie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\*dotyczy osób posiadających stopień niepełnosprawności

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/miejscowość, data/ /czytelny podpis uczestnika projektu/