



Projekt „POMYŚL, ZROZUM, DZIAŁAJ I WSPÓŁPRACUJ! – KOMPLEKSOWY PROGRAM ROZWOJU KOMPETENCJI MIĘKKICH WŚRÓD MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”,
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Nr zgłoszenia:/3.1POWER/SK-L/2017

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROSZĘ O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI

KRYTERIA DOSTĘPU

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria uczestnictwa w projekcie, tj.:	
☐ w chwili przystąpienia do projektu jestem osobą w wieku 10 - 21 lat	
☐ jestem podopiecznym placówki wsparcia dziennego lub Fundacji LaVita lub Stowarzyszenia ZACHODNIA	
Pełna nazwa i adres placówki:	

.....

DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU ***

DANE OSOBOWE

IMIĘ			
NAZWISKO			
PESEL		PŁEĆ	KOBIETA / MĘŻCZYŻNA *
ULICA			
NR BUDYNKU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			





Projekt „POMYŚL, ZROZUM, DZIAŁAJ I WSPÓŁPRACUJ! – KOMPLEKSOWY PROGRAM ROZWOJU KOMPETENCJI MIĘKKICH WŚRÓD MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”,
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POWIAT			
KRAJ	POLSKA	WOJEWÓDZTWO	ŁÓDZKIE
GMINA			
TELEFON		E-MAIL	
RODZAJ UCZESTNIKA *	- INDYWIDUALNY - PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU *	- OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY - OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY - OSOBA BIERNA ZAWODOWO - OSOBA PRACUJĄCA		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA **	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI		
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ **	☐ TAK ☐ NIE ☐ BRAK DANYCH		
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI **	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI		
W przypadku uczniów z niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które można byłoby zapewnić podczas udziału w projekcie			
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH **	☐ TAK ☐ NIE ☐ BRAK DANYCH		
W TYM: W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU **	☐ TAK ☐ NIE ☐ BRAK DANYCH		
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU **	☐ TAK ☐ NIE ☐ BRAK DANYCH		



Projekt „POMYŚL, ZROZUM, DZIAŁAJ I WSPÓŁPRACUJ! – KOMPLEKSOWY PROGRAM ROZWOJU KOMPETENCJI MIĘKKICH WŚRÓD MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”,
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ) **	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
--	--

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU ***

OŚWIADCZENIA

- Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym dane są zgodne z prawdą.
- Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa w projekcie pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa. Ponadto, zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje do udziału w projekcie.
- Mam świadomość, że zajęcia może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „POMYŚL, ZROZUM, DZIAŁAJ I WSPÓŁPRACUJ! – KOMPLEKSOWY PROGRAM ROZWOJU KOMPETENCJI MIĘKKICH WŚRÓD MŁODZIEŻY Z WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i akceptuję jego treść, a w przypadku, gdy zostanę zakwalifikowany/a do udziału w projekcie, zobowiązuję się przestrzegać postanowień w/w regulaminu.
- W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu (AHE w Łodzi).

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU ***

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć właściwe poprzez wpisanie „x” w odpowiedniej kratce

*** w przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno być podpisane przez prawnego opiekuna

