Zał. nr 2
do REGULAMINU PROJEKTU

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „KLUCZ DO ZAWODU" REALIZOWANEGO W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA LATA 2014-2020
Nr wniosku o dofinansowanie projektu RPO.03.03.01-20-0142/17

Imię (imiona)		Nazwisko			
PESEL		Data urodzenia			
Płeć	☐ KOBIETA		☐ MĘŻCZYZNA		
Ulica		nr domu		nr mieszkania	
Miejscowość		kod pocztowy			
Województwo		Powiat			
Gmina		Kraj			
Nr telefonu		adres e-mail:			

Wykształcenie[1]	NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0)	☐
	PODSTAWOWE (ISCED 1)	☐
	GIMNAZJALNE (ISCED 2)	☐
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3)	☐
	POLICEALNE (ISCED 4)	☐
	WYŻSZE (ISCED 5-8)	☐
Status osobowy na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu[2]	OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	☐
	OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	☐
	OSOBA NIEAKTYWNA ZAWODOWO	☐
	OSOBA PRACUJĄCA w tym: wykonywany zawód:…… zatrudniona/zatrudniony w: …… ……	☐

	……	

Rozmiar obuwia[3]/[4]										
Rozmiar odzieży[5]/[6]	☐	XS	☐	S	☐	M	☐	L	☐	XL
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐	NIE	☐	TAK	☐	ODMOWA PODANIA INFORMACJI				
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐	NIE	☐	TAK	☐	ODMOWA PODANIA INFORMACJI				
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐	NIE	☐	TAK	☐	ODMOWA PODANIA INFORMACJI				
Osoba z niepełnosprawnościami	☐	NIE	☐	TAK	☐	ODMOWA PODANIA INFORMACJI				
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐	NIE	☐	TAK	☐	ODMOWA PODANIA INFORMACJI				

SŁUCHACZ					
Oświadczam, iż jestem słuchaczem/ką EDUCENTRUM Policealnej Szkoły Medycznej w Białymstoku oraz jestem zainteresowany/a podniesieniem kwalifikacji zawodowych poprzez udział w projekcie	TAK	NIE	Kierunek	Technik masażysta	☐
	☐	☐		Opiekun medyczny	☐
				Terapeuta zajęciowy	☐
				Asyst. stomatologiczna	☐
Forma wsparcia w ramach projektu	Kurs języka angielskiego zawodowego				☐
	Kursy zawodowe				☐
	Zajęcia edukacyjne wzmacniające samoocenę i poczucie wartości słuchaczy kształcących się w zawodzie				☐
	Staż zawodowy				☐
	Poradnictwo zawodowo-edukacyjne indywidualne i grupowe				☐
NAUCZYCIEL					
Oświadczam, iż jestem nauczycielem w EDUCENTRUM Policealnej Szkoły Medycznej w Białymstoku oraz jestem	TAK	NIE	Kierunek	Technik masażysta	☐
	☐	☐		Opiekun medyczny	☐

[3] Przy określaniu rozmiaru obuwia należy posługiwać się rozmiarówką europejską. Tabela rozmiarów została zamieszczona w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. DOTYCZY FORMY WSPARCIA: STAŻE.

[4] **Pole dotyczy wsparcia w zakresie staży.**

[5] W przypadku rozmiaru innego niż wskazano w formularzu, właściwy rozmiar należy określić w polu uwagi. DOTYCZY FORMY WSPARCIA: STAŻE.

[6] **Pole dotyczy wsparcia w zakresie staży**.

zainteresowany/a podniesieniem kwalifikacji zawodowych poprzez udział w projekcie				Terapeuta zajęciowy	☐
Forma wsparcia w ramach projektu	Kursy zawodowe				☐

Zebrane dane wykorzystywane będą do celów monitoringu i ewaluacji Projektu.

Przyjmuję do wiadomości, że podanie fałszywych danych, skutkować będzie automatycznym zakończeniem udziału w projekcie, bez możliwości odwołania lub ponownego rozpatrzenia a Instytut Rozwoju Gospodarczego Ignatki- Osiedle, ul. Jodłowa 3 wykorzysta przysługujące mu prawo dochodzenia roszczeń w drodze powództwa cywilnego w przypadku nieuprawnionego zakwalifikowania do uczestnictwa w projekcie w oparciu o oświadczenie zawierające stwierdzenie niezgodne z prawdą. Niniejszym stwierdzam prawidłowość zamieszczonych danych własnoręcznym podpisem:

Ignatki-Osiedle, data ……. …….
czytelny podpis uczestnika projektu

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu projektu i tym samym zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie na zasadach w nim określonym.

Ignatki-Osiedle, data ……. …….
czytelny podpis uczestnika projektu