



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Reintegracja społeczno-zawodowa osób z zespołem uzależnienia zamieszkałych na obszarze rewitalizacji Lublina”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA:

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Adres zamieszkania: Ulica / miejscowość	
Nr budynku / lokalu	
Kod pocztowy / miejscowość	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
Adres email	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba niepracująca i niezarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> osoba niepracująca i zarejestrowana w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna z ustalonym III profilem pomocy
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z / niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli tak : w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na	



pracujących	utrzymaniu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych oraz o fakcie, iż brak podania danych w formularzu uniemożliwia zakwalifikowanie do projektu
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Jednostka i Rodzina w celu i na okres prowadzenia procesu rekrutacji do projektu, zgodnie z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE).
- posiadam zaświadczenie lekarskie z rozpoznaniem kodu F10-F19, którego kopię załączam do niniejszego formularza.

Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz potwierdzam, że wszystkie dane podane przeze mnie są prawdziwe.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis