**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi , pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X przy wybranej pozycji.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr projektu grantowego** | **10/2025/KM** |
| **Nazwa grantobiorcy** | **Gmina Boniewo** |
| **Okres realizacji projektu objętego grantem** | **OD:** | **01.09.2025 r.** | **DO:** | **30.06.2026 r.** |
| **Potwierdzam:****- wiek uczestnika projektu wskazany w formularzu****- status ucznia**  | **………………………………………...** *Podpis Grantobiorcy*  |

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| PESEL/inny identyfikator |   |
| Brak PESEL  | TAK  |
| Płeć | KOBIETA |  | MĘŻCZYZNA |  |
| Adres zamieszkania [[1]](#footnote-1) |
| Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu *(jeśli dotyczy)* |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Kraj  |  |
| Obywatelstwo  |  |
| Telefon: (w przypadku osób nieletnich uzupełnić kontakt do rodzica/opiekuna prawnego) |  |  |
| Adres e-mail (w przypadku osób nieletnich uzupełnić kontakt do rodzica/opiekuna prawnego) |  |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu (Należy podać informacje wyłącznie dla jednego statusu zakreślając właściwe odpowiedzi) |
| Jestem osobą bezrobotną  | TAK NIE  |
| Jestem osobą bierną zawodowo W tym osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie  |  TAK NIE  |
| Jestem osobą pracująca  |  TAK NIE  |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba w niekorzystnej sytuacji | STATUS | TAK | NIE |
| Pochodzenie z rodziny wielodzietnej (przez wielodzietność rodziny należy rozumieć rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci); |  |  |
| Trudna sytuacja materialna wynikająca z niskich dochodów na osobę w rodzinie (na podstawie progów określonych każdorazowo w regulaminie przyznawania grantów); |  |  |
| Niepełnosprawność lub posiadanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego |  |  |
| Objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce |  |  |
| Wychowywanie przez samotnego rodzica lub przebywanie w pieczy zastępczej rodzinnej lub instytucjonalnej; |  |  |
| Zamieszkiwanie na obszarze (gmina/powiat) o niskim stopniu urbanizacji (DEGURBA 3 |  |  |
| Zamieszkiwanie na obszarze zmarginalizowanym (gminy zagrożone trwałą marginalizacją – metodologia MFiPR, gminy na obszarze których występują problemy – metodologia SRW 2030+ lub miasta średnie tracące funkcje społeczno- gospodarce – metodologia MFiPR).  |  |  |
| Inne przesłanki wynikające z diagnozy osób w niekorzystnej sytuacji ujętej w LSR. |  |  |
|  | Szczególna sytuacja Uczestnika/Uczestniczki projektu | Osoba z krajów trzecich  |   |  |
| Osoba obcego pochodzenia  |  |  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej,(w tym społeczności marginalizowane) |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  |  |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami:**Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”. |
| Proszę zakreślić właściwa odpowiedź.  |
| Tak  | Nie  | Odmowa odpowiedzi  |
| **POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI** Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK, proszę opisać szczególne potrzeby |
| Tak | Nie  |
| **Potrzeby:**  |
| Załączam dokumenty: |
| ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW: |
| Lp. | Nazwa dokumentu | Data dokumentu |
|  | Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego  |  |
| 2. | Dokument zobowiązaniowy wystawiony na rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku osoby niepełnoletniej) lub uczestnika zawierające adres zamieszkania  |  |
|  |  |  |
| Dokumenty przedłożone do wglądu Grantobiorcy: |
| Lp. | Legitymacja szkolna  |
|  |  |
| **OŚWIADCZENIA :** |
| 1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).
 |
| 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem
 |
| 1. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem
 |

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

*Miejscowość i Data Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego*

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu Dane uczestnika projektu EFS+

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

data i podpis przedstawiciela Grantobiorcy

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: …………………………………………………..

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny* (Dz.U.2024.0.1061 t.j „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-1)