



Załącznik nr 1 do: Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Data wpływu formularza zgłoszeniowego:

Godzina:

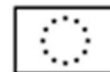
Formularz zgłoszeniowy

do projektu

„Aktywizacja zawodowa niesłyszących”

Projekt „Aktywizacja zawodowa niesłyszących” realizowany jest w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
Oś Priorytetowa Rynek Pracy Działanie 8.2 Aktywizacja zawodowa z Europejskiego Funduszu Społecznego

I. Dane podstawowe: (proszę uzupełnić i zaznaczyć odpowiedni kwadrat)	
1. Imię	
2. Nazwisko	
3. Płeć (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Data urodzenia	
5. PESEL	
6. Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7. Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
II. Dane kontaktowe	
1. Województwo	
2. Powiat	
3. Gmina	
4. Miejscowość	
5. Ulica	
6. Numer budynku/lokalu	
7. Kod pocztowy	
8. Telefon kontaktowy	
9. Adres-mail	



III. Status uczestnika: (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)	TAK	NIE
1. Osoba niepełnosprawna z uszkodzonym słuchem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba w wieku 30 lat i więcej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osoba zamieszkała na terenie woj. małopolskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Osoba sprawująca opiekę nad osobą zależną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Dane dodatkowe		
1. Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/ła się o zwrot kosztów poniesionych na dojazd z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji poszczególnych form wsparcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Oświadczam, iż średniomiesięczne dochody brutto we wspólnym gospodarstwie domowym na jedną osobę w 2015 r. wyniosły: (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)		
- poniżej 700,00PLN	<input type="checkbox"/>	
- od 700,00 PLN do 1000,00 PLN	<input type="checkbox"/>	
- powyżej 1000,00 PLN	<input type="checkbox"/>	

Świadomy/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/-tki