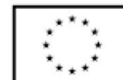


Formularz zgłoszeniowy do Projektu „Razem możemy więcej”

Realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
Oś priorytetowa I. Osoby młode na rynku pracy,
Działanie 1.4 Młodzież solidarna w działaniu

I DANE OSOBOWE UCZESTNIKÓW/UCZESTNICZEK PROJEKTU (proszę uzupełnić czytelnie niebieskim długopisem, DRUKOWANYMI LITERAMI):

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię/ imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	
Etap edukacji	<input type="checkbox"/> Szkoła ponadpodstawowa klasa <i>(liceum/ liceum profilowane/liceum ogólnokształcące, technikum/technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)</i> <input type="checkbox"/> Studia I stopnia rok <input type="checkbox"/> Studia II stopnia rok <input type="checkbox"/> Studia jednolite rok <input type="checkbox"/> Studia doktoranckie rok <input type="checkbox"/> Studia policealne <input type="checkbox"/> Absolwent/ka – wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Uczeń/nnica, <input type="checkbox"/> Czynny/a zawodowo, <input type="checkbox"/> Bierny/a zawodowo, <input type="checkbox"/> Bezrobotny/a zarejestrowany/a w PUP.



DANE KONTAKTOWE (adres zamieszkania)	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Posiadanie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie <i>*W przypadku posiadania orzeczenia obowiązkowo należy dołączyć właściwe orzeczenie (lub kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem) o niepełnosprawności w rozum. ust. z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji lub orzeczenie/innny dok. z ust. o ochronie zdrowia psychicznego. Jeżeli nie istnieje możliwość dostarczenia ww. orzeczenia, konieczne jest dostarczenie oświadczenie Uczestnika Projektu bądź jego opiekuna prawnego potwierdzające powyższe.</i>

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Czytelny podpis uczestnika projektu/

.....
/Miejscowość i data/

.....
/Czytelny podpis opiekuna prawnego uczestnika projektu¹/

¹ Dotyczy osób niepełnoletnich, nie posiadających zdolności do czynności prawnych.