Załącznik nr 3

do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną - testowanie i wdrażanie modelu”

|  |
| --- |
| **I. Dane osobowe** **Uczestnika projektu**(proszę wypełnić lub zaznaczyć X w kratce ⬜ w odpowiednim miejscu): |
| Imię / Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |

**FORMULARZ** **UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **II. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** (proszę zaznaczyć X w kratce ⬜ w odpowiednim miejscu): |
| Jestem osobą nieaktywną zawodowo dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą nieaktywną zawodowo krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż,  niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą bierną zawodową (studentką/studentem, osobą na urlopie wychowawczym) | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą uczącą się | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Przerwałem/Przerwałam naukę | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| Jestem osobą pracującą | ⬜ Tak ⬜ Nie |
| **Proszę uzupełnić, jeśli jest Pan/Pani osobą aktywną zawodową (pracującą):**⬜ jestem osobą pracującą, zatrudnioną w (nazwa zakładu pracy):  ………………………………………………………………………………………………Rodzaj przedsiębiorstwa (proszę zaznaczyć właściwe):⬜ administracja rządowa⬜ administracja samorządowa⬜ inne⬜ MMŚP: mikroprzedsiębiorstwo/małe przedsiębiorstwo/średnie przedsiębiorstwo⬜ organizacja pozarządowa⬜ prowadzę działalność na własny rachunek⬜ duże przedsiębiorstwoWykonywany zawód:⬜ instruktor praktycznej nauki zawodu⬜ nauczyciel kształcenia ogólnego⬜ nauczyciel wychowania przedszkolnego⬜ nauczyciel kształcenia zawodowego⬜ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia⬜ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej⬜ pracownik instytucji rynku pracy⬜ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego⬜ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej⬜ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej⬜ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej⬜ rolnik⬜ inny, ……………………………………………. |
| **III. Dane dodatkowe**(proszę zaznaczyć X w kratce ⬜ w odpowiednim miejscu): |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością | ⬜ Tak ⬜ Nie ⬜ Odmowa podania informacji |

**IV. Oświadczenia Uczestnika /Uczestniczki projektu**

Oświadczam, że:

1. podane przeze mnie dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach,
w szczególności o zmianie danych teleadresowych, niezwłocznie poinformuję Realizatora projektu.
2. zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną - testowanie
i wdrażanie modelu” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

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

 (miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna prawnego)