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 przedsiębiorstwo  Wykonywany 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)