

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Model wsparcia

### SIŁA BIESZCZAD

realizowany na podstawie umowy o powierzenie grantu nr WER19SZA0033

przez **Centrum Innowacyjnej Edukacji**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu:

„SZANSA – nowe możliwości dla dorosłych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-

2020

Dane Potencjalnego Uczestnika modelu wsparcia <sup>1</sup>			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
PESEL			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
Deklaruję, że posiadam niski poziom umiejętności podstawowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM		
Deklaruję, że posiadam niski poziom umiejętności podstawowych w zakresie rozumowania matematycznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM		
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)		
Wiek w chwili przystąpienia do modelu wsparcia			
Dane adresowe Potencjalnego Uczestnika modelu wsparcia			
Miejscowość		Ulica	
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	

<sup>1</sup> Należy wypełnić wszystkie wymagane pola w sposób czytelny. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru. Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone tak, nie, itp.).

Województwo		Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> powiat bieszczadzki, gmina: <input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> Lutowiska <input type="checkbox"/> Ustrzyki Dolne; <input type="checkbox"/> powiat leski, gmina: <input type="checkbox"/> Olszanica <input type="checkbox"/> Solina; <input type="checkbox"/> powiat sanocki, gmina: <input type="checkbox"/> Tyrawa Wołoska;		
Tel. kontaktowy			
E-mail			
Oświadczam, że nie biorę udziału w testowaniu innego modelu finansowanego w ramach projektu „Szansa – nowe możliwości dla dorosłych”. <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK (konieczne jest wypełnienie pola poniżej) <input type="checkbox"/> NIE		
Prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić - max 500 znaków			

.....  
 miejscowość, data  
 modelu wsparcia

.....  
 CZYTELNY podpis Potencjalnego/-nej Uczestnika/-czki

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że **dane podane przeze mnie** w niniejszym formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia i załączone dokumenty (jeżeli dotyczy) **są zgodne z prawdą.**

.....  
 miejscowość, data  
 modelu wsparcia

.....  
 CZYTELNY podpis Potencjalnego/-nej Uczestnika/-czki

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w modelu wsparcia pt. „SIŁA BIESZCZAD” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz, że w przypadku zakwalifikowania się do udziału w modelu wsparcia zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
2. Zostałem/-am poinformowany/ -a, że model wsparcia pt. „SIŁA BIESZCZAD” realizowany przez Centrum Innowacyjnej Edukacji, Al. Reymonta 52., 01-842 Warszawa jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu: „SZANSA – nowe możliwości dla dorosłych” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

<sup>2</sup> Każdy z uczestników może brać udział wyłącznie w testowaniu jednego modelu finansowanego w ramach projektu „Szansa – nowe możliwości dla dorosłych”. Lista uczestników testujących wszystkie modele będzie weryfikowana przez Zespół projektu „Szansa”.

3. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości kontaktu z Grantodawcą tj. Fundacją Rozwoju Systemu Edukacji celem zgłaszania uwag (mailowo, telefonicznie, osobiście, podczas wizyt monitorujących/kontrolnych). Szczegółowe informacje zawarte są na stronie [www https://szansa-power.frse.org.pl/kontakt/](https://szansa-power.frse.org.pl/kontakt/)
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Grantobiorcy o zmianie jakichkolwiek danych podanych w dokumentach rekrutacyjnych w tym danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

.....  
miejsowość, data  
modelu wsparcia

.....  
CZYTELNY podpis Potencjalnego/-nej Uczestnika/-czki

**Do Formularza rekrutacyjnego należy załączyć:**

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w modelu wsparcia.  
Oświadczenie (RODO).