|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **PROJEKT: AS: aktywnie – społecznie  POWR: 01.04.00-00-0034/18** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DANE PERSONALNE:** | |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| **2. OŚWIADCZAM, ŻE:** | |
| ■ Zgłaszam chęć udziału w projekcie „AS: aktywnie – społecznie”. | |
| ■ Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie „AS: aktywnie – społecznie” zawartymi w Regulaminie Projektu, akceptuję wszystkie postanowienia  ww. Regulaminu. | |
| ■ Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie określone  ww. Regulaminie | |
| ■ Zostałem/am poinformowany/poinformowana, że projekt „AS: aktywnie – społecznie” jest realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój,  Oś priorytetowa: I. Osoby młode na rynku pracy; Działanie 1.4: Młodzież solidarna  w działaniu i finansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. | |
| ■ Zostałem/am poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego. | |
| ■ Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych podanych w Formularzu rekrutacyjnym. | |
| ■ Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (email). | |

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego) za złożenie fałszywych oświadczeń lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte   
w Formularzu zgłoszeniowym i pozostałych załącznikach do Regulaminu są prawdziwe   
i kompletne.**

…………………………………..… ………………………………………………

data, miejscowość podpis Kandydata/Kandydatki[[1]](#footnote-1)

**Załączam** do Formularza rekrutacyjnego:

1. Zakres danych osobowych - Załącznik nr 1
2. Oświadczenie o spełnianiu kryteriów grupy docelowej - Załącznik nr 2
3. Oświadczeniem o zgodzie na przetwarzanie danych - Załącznik nr 3
4. Zaświadczenie dot. edukacji - Załącznik nr 4 (jeśli dotyczy)
5. Orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy - Załącznik nr 5 (jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ CENTRUM WSPARCIA KOLPING:** | |
| Nr formularza: |  |
| Data i godzina wpływu: |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek: |  |

1. i opiekuna prawnego (w przypadku osób niepełnoletnich) [↑](#footnote-ref-1)