|  |
| --- |
| **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)