



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.

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego
(w przypadku osób niepełnoletnich)



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 KOLPING:	
Nr formularza:	
Data i godzina wpływu:	
Podpis osoby przyjmującej wniosek:	