



ul. Strzelecka 15, 64-800 Chodzież
tel. 507 475 843
fundacjaukrytemarzenia@gmail.com
NIP 6070081627 KRS 0000553238



ul. Wachowiaka 8A, 60-681 Poznań
tel. 601 971 090
biuro@fundacja-akme.pl
NIP 7773238150 KRS 000499852

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „KLUB WOLONTARIUSZA – AKTYWNA INTEGRACJA 2”

Tytuł projektu:	„KLUB WOLONTARIUSZA – AKTYWNA INTEGRACJA 2”
Nr projektu:	RPWP.07.01.02-30-0224/19
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	7. Włączenie społeczne
Nazwa i numer Działania:	7.1. Aktywna integracja
Nazwa i numer Poddziałania:	7.1.2. Aktywna integracja – projekty konkursowe

Dane podstawowe Uczestnika/czki (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej albo zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej) <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	WIELKOPOLSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu

Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne



ul. Strzelecka 15, 64-800 Chodzież
tel. 507 475 843
fundacjaukrytemarzenia@gmail.com
NIP 6070081627 KRS 0000553238



ul. Wachowiaka 8A, 60-681 Poznań
tel. 601 971 090
biuro@fundacja-akme.pl
NIP 7773238150 KRS 000499852

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (<u>należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia</u>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba pochodząca z obszarów wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (<i>wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego SL2014</i>)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3

Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
a) Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Mam miejsce zamieszkania na terenie województwa wielkopolskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu (<i>jeśli dotyczy należy załączyć orzeczenie:</i>) <ul style="list-style-type: none"> - lekkim - umiarkowanym - znacznym - niepełnosprawność sprzężona - niepełnosprawność intelektualna - ON z zaburzeniami psychicznymi 	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu