



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Mówimy NIE! niesamodzielności”

RPSW. 09.02.03-26-0012/19

Prosimy o czytelne wypełnienie DEKLARACJI uczestnictwa w projekcie.

1. DANE PODSTAWOWE

Imię i nazwisko:.....

Płeć: K M

Wiek w chwili przystępowania do projektu (na dzień wypełnienia deklaracji w projekcie):.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:.....

Kraj:.....

2. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)

- niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)
- podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
- gimnazjalne (ukończona szkoła gimnazjalna)
- ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)
- policealne (wykształcenie powyżej szkoły średniej nie będącej wykształceniem wyższym)
- wyższe (ukończona szkoła wyższa, licencjat lub magister)

3. DANE ADRESOWE

ulica

nr domu/lokalu.....

miejsowość.....

kod pocztowy.....

gmina.....

powiat.....

województwo.....



4. DANE KONTAKTOWE

Tel. stacjonarny..... adres korespondencyjny (jeżeli inny niż w pkt.3)
Tel. komórkowy.....
Adres email.....

5. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe)

1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - w tym długotrwale bezrobotna
 - inne
2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 - w tym długotrwale bezrobotna
 - inne
3. osoba bierna zawodowo
4. osoba pracująca

6. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe)

TAK NIE

Stopień niepełnosprawności:

LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

Rodzaj niepełnosprawności:

INTELEKTUALNA FIZYCZNA

7. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (zaznaczyć właściwe)

- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- Osoba z niepełnosprawnościami
- Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
- Osoba niekorzystająca z innego wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
- Osoba z rozpoznaną przez lekarza psychiatrę/neurologa, jednostką chorobową zgodnie z ICD-10*

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO 2014-2020 EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY



*Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób

8. DATA ROZPOCZĘCIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Data.....

Miejscowość

.....

(czytelny podpis uczestnika)

**Dopuszcza się podpis opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej wyłącznie w sytuacji, o której mowa w Regulaminie w punkcie VIII, podpunkt 2.

9. DATA ZAKOŃCZENIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Data

Miejscowość

.....

(czytelny podpis uczestnika)

Rodzaj udzielonego wsparcia:

-
-
-
-
-
-
-
-
-

**PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO 2014-2020 EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY**