

Załącznik nr 1

do Regulaminu określającego zasady rekrutacji i realizacji wsparcia w projekcie
pn. „RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ – rozwój usług społecznych w gminie Sztum”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn. „RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ – rozwój usług społecznych w gminie Sztum” –
Umowa nr RPPM.06.02.02-22-0023/17-01 dofinansowanym ze środków Europejskiego
Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 6 Integracja, Działania 6.2. Usługi
społeczne, Poddziałania 6.2.2. Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu
Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Nazwisko	
Imię (imiona)	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	
Seria i numer dowodu osobistego	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne (pomaturalne) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> brak
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
Wykonywany zawód	

Miejsce pracy	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Migrant	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba korzystająca z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień i rodzaj niepełnosprawności	

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydatki/Kandydata