

Załącznik nr 1

do Regulaminu określającego zasady rekrutacji i realizacji wsparcia w projekcie
pn. „Siła Współpracy – rozwój usług społecznych w Mieście i Gminie Sztum”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn. „Siła Współpracy – rozwój usług społecznych w Mieście i Gminie Sztum” – nr projektu RPPM.06.02.02-22-0018/20 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	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
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"/> niższe niż podstawowe

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
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