

Lider projektu:

Partner projektu:



MIKOMAR Spółdzielnia Socjalna
ul. Słoneczna 4; 62-540 Kleczew
NIP: 6653020985 REGON: 382333197
KRS 0000766606
tel: 799 933 910
biuro.mikomar@gmail.com



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

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „Czas na zmianę”

Tytuł projektu:	„Czas na zmianę”
Nr projektu:	RPWP.07.01.02-30-0212/19
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	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wykształcenie	☐ brak <i>ISCED 0</i> ☐ podstawowe <i>ISCED 1</i> ☐ gimnazjalne <i>ISCED 2</i> ☐ ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej albo zasadniczej szkoły zawodowej) <i>ISCED 3</i> ☐ policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej) <i>ISCED 4</i> ☐ wyższe <i>ISCED 5-8</i>
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	WIELKOPOLSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Czas na zmianę o nr. RPWP.07.01.02-30-0212/19 ” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Lider projektu:

Partner projektu:



MIKOMAR Spółdzielnia Socjalna
ul. Słoneczna 4; 62-540 Kleczew
NIP: 6653020985 REGON: 382333197
KRS 0000766606
tel: 799 933 910
biuro.mikomar@gmail.com



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

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bierna zawodowo	☐ TAK ☐ NIE
w tym	☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
Osoba bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	☐ TAK ☐ NIE
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	☐ TAK ☐ NIE
w tym osoba długotrwale bezrobotna	☐ TAK ☐ NIE
Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ 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	☐ TAK ☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (<u>należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia</u>)	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji
Osoba pochodząca z obszarów wiejskich	☐ TAK ☐ NIE
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego SL2014)	☐ DEGURBA 1 ☐ DEGURBA 2 ☐ DEGURBA 3

Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
a) Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ TAK ☐ NIE
b) Jestem osobą ubogą lub należę do rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczając wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek	☐ TAK ☐ NIE
c) Mam miejsce zamieszkania na terenie województwa wielkopolskiego	☐ TAK ☐ NIE
d) Jestem osobą bierną zawodowo lub bezrobotną	☐ TAK ☐ NIE



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Lider projektu:

Partner projektu:



MIKOMAR Spółdzielnia Socjalna
ul. Słoneczna 4; 62-540 Kleczew
NIP: 6653020985 REGON: 382333197
KRS 0000766606
tel: 799 933 910
biuro.mikomar@gmail.com



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

e) Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	☐ TAK ☐ NIE
f) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu <i>(jeśli dotyczy należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności)</i> :	☐ TAK ☐ NIE
- lekkim	☐ TAK ☐ NIE
- umiarkowanym	☐ TAK ☐ NIE
- znacznym	☐ TAK ☐ NIE
- niepełnosprawność sprzężona	☐ TAK ☐ NIE
- niepełnosprawność intelektualna	☐ TAK ☐ NIE
- ON z zaburzeniami psychicznymi	☐ TAK ☐ NIE
<i>kwalfikuje się do projektu jako:</i> g) Osoba, rodzina lub środowisko zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych ⁵	☐ TAK ☐ NIE
h) Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i warunków uczestnictwa.	☐ TAK ☐ 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



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

