



FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu: **RAZEM można LEPIEJ kształtować prawo** - POWR.02.16.00-00-0130/21
(prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, drukowanymi literami, odpowiadając na wszystkie pytania)

DANE INSTYTUCJI OTRZYMUJĄCEJ WSPARCIE

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:

1.	NAZWA INSTYTUCJI		
2.	NIP		<input type="checkbox"/> BRAK NIP

TYP INSTYTUCJI:

ORGANIZACJA POZARZĄDOWA ZAREJESTROWANA:

- ☐ NA OBSZARZE WIEJSKIM
☐ NA TERENIE MAŁEGO MIASTA DO 20 TYS. MIESZKAŃCÓW
☐ NA TERENIE MIASTA POWYŻEJ 20 TYS. MIESZKAŃCÓW

DANE KONTAKTOWE INSTYTUCJI

1.	WOJEWÓDZTWO	
2.	POWIAT	
3.	GMINA	
4.	MIEJSCOWOŚĆ / KOD POCZTOWY	
5.	ULICA/ NR BUDYNKU/ NR LOKALU	
6.	TELEFON KONTAKTOWY	
7.	ADRES E-MAIL	

DO UDZIAŁU W PROJEKCIE JEST DELEGOWANY PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI (zaznaczyć właściwe):

- ☐ CZŁONEK ZARZĄDU ☐ CZŁONEK INSTYTUCJI ☐ WOLONTARIUSZ ☐ PRACOWNIK

DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA PROJEKTU:

1.	IMIĘ		
2.	NAZWISKO		
3.	PESEL		<input type="checkbox"/> BRAK PESELU
4.	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
5.	WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> WYŻSZE



DANE KONTAKTOWE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA		
1.	WOJEWÓDZTWO	
2.	POWIAT	
3.	GMINA	
4.	MIEJSCOWOŚĆ / KOD POCZTOWY	
5.	ULICA/ NR BUDYNKU/ NR LOKALU	
6.	TELEFON KONTAKTOWY	
7.	ADRES E-MAIL	
DANE DODATKOWE		
1.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	<div><input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY: <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE -----</div> <div><input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> INNE -----</div> <div><input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ <input type="checkbox"/> OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU <input type="checkbox"/> INNE -----</div> <div><input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDZOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ <input type="checkbox"/> OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK <input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE <input type="checkbox"/> INNE</div> <div><u>WYKONYWANY ZAWÓD</u> (wypełnić jeśli zaznaczono „OSOBA PRACUJĄCA“): <input type="checkbox"/> INSTRUKTOR PRAKTYCZNE NAUKI ZAWODU <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL KSZTAŁCENIA OGÓLNEGO <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA <input type="checkbox"/> KLUCZOWY PRACOWNIK INSTYTUCJI POMOCY I INTEGR. SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI RYNKU PRACY <input type="checkbox"/> PRACOWNIK INSTYTUCJI SZKOLNICTWA WYŻSZEGO <input type="checkbox"/> PRACOW. INSTYT. SYSTEMU WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK OŚRODKA WSPIERCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> PRACOWNIK PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ <input type="checkbox"/> ROLNIK <input type="checkbox"/> INNY</div>



2.	MIEJSCE ZATRUDNIENIA UCZESTNIKA PROJEKTU (nazwa firmy i adres)	
3.	INFORMACJA O UCZESTNICTWIE PROCESIE STANOWIENIA PRAWA	<input type="checkbox"/> UCZESTNICZYŁAM/EM W KONSULTACJACH PUBLICZNYCH DOTYCZĄCYCH OBOWIĄZUJĄCYCH AKTÓW PRAWA (podać przynajmniej 1 przykład) <input type="checkbox"/> POSIADAM WYKSZTAŁCENIE W ZAKRESIE PROCESU STANOWIENIA PRAWA <input type="checkbox"/> POSIADAM DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE PROCESU STANOWIENIA PRAWA
4.	STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI ----- OS. BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI ----- OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK potrzeby związane z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI ----- OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNE NIŻ POWYŻEJ) <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Oświadczenia:

- Oświadczam, że dane podane w formularzu odpowiadają **stanowi faktycznemu i są prawdziwe**. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować **lidera projektu Forum Turystyki Regionów**, w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. **Zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**
- Dobrowolnie zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie i oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt pn. „**RAZEM można LEPIEJ kształtować prawo**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Po akceptacji mojego zgłoszenia zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zajęciach a w przypadku braku możliwości udziału do poinformowania o tym fakcie lidera projektu nie później niż 5 dni przed wyznaczonym terminem pod rygorem zwrotu kosztów zarezerwowanych świadczeń.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęć i/lub filmów wykonanych podczas projektu (szkolenia/doradztwo) do celów monitoringu, promocji i rozliczenia projektu.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ INSTYTUCJĘ

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

