**FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU PILOTAŻOWEGO**

**DANE OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W PROJEKCIE**

**Imię i nazwisko:** .……………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NR PESEL**:

**Wykształcenie**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Niższe niż podstawowe

Podstawowe

Gimnazjalne

Ponadgimnazjalne

Policealne

Wyższe

**Dane kontaktowe**:

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr telefonu:

**Adres zamieszkania:** …….…………………………………………………………………………………………………………………………….

**Obecny status na rynku pracy (jedna z 4 odpowiedzi)**:

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym: (nie dotyczy)

* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:

w tym: (nie dotyczy)

* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

3. Osoba bierna zawodowo:

w tym:

* inne
* osoba ucząca się

(proszę podać planowaną datę zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia ……………………………….)

* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

4. Osoba pracująca w: (nie dotyczy)

* administracji rządowej
* administracji samorządowej
* inne
* MMŚP
* organizacji pozarządowej
* prowadząca działalność na własny rachunek
* dużym przedsiębiorstwie

**Wykonywany zawód**: (nie dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |  |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej |  |
| Rolnik |  |
| Inny |  |

**Zatrudniony/a w**: …………………………………………………………………………………………………………………………………

*Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji/instytucji*

**Prosimy o zaznaczenie czy należy Pan/Pani do jednej z niżej wymienionych grup:**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |

3. Osoba z niepełnosprawnościami:

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

|  |  |
| --- | --- |
| TAK |  |
| NIE |  |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  |

……………………….…………………………………………..

Data, podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

**Dodatkowo oświadczam, że spełniam kryteria, które uprawniają mnie do wzięcia udziału w projekcie pilotażowym, tzn. jestem osobą, która zamieszkuje na terenie objętym LSR (tj. obszar Miasta Torunia z wyłączeniem Kaszczorka, Skarpy, Chełmińskiego Przedmieścia- szczegółowy wykaz ulic na stronie www.dlatorunia.pl) oraz że nie korzystałam/em ze wsparcia w innym projekcie współfinansowanym przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Dla Miasta Torunia” w ramach naboru nr 1/P/2023, zgodnie z listą projektów przedstawioną mi przez realizatora.**

........................................................................

Data, podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

**Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie**

**(kryteria dodatkowe)**

(Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐ osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

☐ osobą przebywającą w pieczy zastępczej.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

……………….............................................

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki