

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
dla kandydatów do udziału w projekcie**CZĘŚĆ - A – DANE WSPÓLNE**

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjenta	Powiat Bieruńsko - Lędziński
2	Nazwa Realizatora	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach
3	Tytuł projektu	„ROZWIJAMY POTENCJAŁY - Powiatowy Program Transformacji Pokoleniowej.”
4	Numer wniosku	FESL.10.24-IZ.01-06BE/23
5	Priorytet	FESL.10.00-Fundusze Europejskie na transformację
6	Działanie	FESL.10.24- Włączenie społeczne - wzmocnienie procesu sprawiedliwej transformacji

**CZĘŚĆ – B – DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Lp.	Zakres danych:	Dane:
7	Imię	
8	Nazwisko	
9	Nr PESEL lub brak	
10	Data urodzenia	
11	Ukończony wiek	
12	Obywatelstwo	
13	Kraj zamieszkania	
14	Województwo zamieszkania	



<b>ADRES ZAMIESZKANIA / POBYTU</b> zgodnie z k.c.*		
15.	ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Gmina	
	Powiat	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Obszar (miejski lub wiejski)	
16	Telefon kontaktowy	stacjonarny: (32) .....
		komórkowy: +48 .....
17	Adres e-mail	.....@.....
18	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne–ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe – ISCED 3 oraz policealne – ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe – ISCED 5-8
19	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna w tym osoba długotrwale bezrobotna</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca – w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej</li> <li><input type="checkbox"/> inne: .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca w górnictwie lub branży okولوجórnicznej</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak</li> <li><input type="checkbox"/> nie</li> </ul>
20	<p><b>Oświadczam, że jestem powiązana/y z obszarem Powiatu Bieruńsko - Lędzińskiego (proszę określić w jaki sposób jest Pani / Pan powiązana/y z danym obszarem – z uwzględnieniem faktu zamieszkania lub uczenia się lub pracy):</b></p>	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

\*Zgodnie z Art. 25 k.c. „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

Art. 26 § 1. Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej. §2. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.

Art. 27. Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.

Art. 28. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania”.

**POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA PODSTAWOWYCH I DODATKOWYCH KRYTERIÓW  
MERYTORYCZNYCH W PROJEKCIE**

Lp.	Oświadczam, że:	Dane:	
21	Jestem osobą deklarującą się jako kobieta	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
22	Jestem osobą w przedziale wiekowym od 15 do 29 roku życia.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
23	Pochodzę z rodziny pracowników górnictwa lub pracowników przedsiębiorstw powiązanych z górnictwem oraz społecznością lokalną, która została dotknięta zmianą procesu transformacji regionu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
24	Przygotowałem/Przygotowałam pomysł dotyczący przeprowadzenia własnej oddolnej inicjatywy lokalnej <i>(W przypadku niniejszej odpowiedzi należy przedstawić w załączeniu do niniejszego kwestionariusza przykładowy opis własnej inicjatywy lokalnej – załącznik nr 1 do Formularza)</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
25	Ilość osób objętych ww. inicjatywą lokalną wynosi;	<input type="checkbox"/> 10-20 osób <input type="checkbox"/> 21-30 osób <input type="checkbox"/> 31 i więcej osób	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
26	<b>Czy posiada Pan/ Pani jakieś szczególne potrzeby w związku z Pani chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: .....</li> <li>○ Zapewnienie tłumacza języka migowego? .....</li> </ul>	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? .....</li> <li>○ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: .....</li> <li>○ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: .....</li> </ul>
--	--	--

**Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie, oświadczam, że:**

Zapoznałam/Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „ROZWIJAMY POTENCJAŁY - Powiatowy Program Transformacji Pokoleniowej.” i go akceptuję.

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i znana jest mi treść art. 233§ 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Mam również prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwości ich poprawienia, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.

Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L. 119, s.1), zw. RODO.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że: Beneficjent projektu, którym jest Powiat Bieruńsko-Lędziński/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach informuję, że na każdym etapie realizacji projektu istnieje możliwość zgłaszania podejrzenia o niezgodności projektu/operacji lub działań beneficjenta z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) do Instytucji Pośredniczącej / Instytucji Wdrażającej / Instytucji Zarządzającej. Opis procedury zgłaszania podejrzeń o niezgodności projektu/operacji jest zawarty w „załączniku nr 3 - Procedura służąca do włączania zapisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) do praktyki wdrażania programów” zamieszczona do Wytocznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027.



<b>Miejscowość, data:</b>	
<b>Czytelny podpis osoby Zgłaszającej się</b>	
<b>Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę na udział osoby Zgłaszającej się (dotyczy osób niepełnoletnich)</b>	

Załączniki do formularza;

*Załącznik nr 1.1 - Klauzula RODO*

*Załącznik nr 1.2 - Scenariusz inicjatywy lokalnej*