

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

w ramach projektu: „Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Data wpływu		Podpis osoby przyjmującej formularz	
-------------	--	--	--

Projekt realizowany przez **OSRODEK SZKOLENIOWY MAXIMUS TOMASZ BRZESKI** w partnerstwie z **FUNDACJĄ SOWELO** współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data urodzenia:		Wiek aktualny:	
Pesel:		Miejsce urodzenia:	
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> polskie, <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE, <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE.		

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Numer domu:	Numer lokalu:	Powiat:	
Województwo:		Gmina:	
Adres e-mail:		Telefon kontaktowy:	

Adres korespondencyjny
(o ile jest inny niż zamieszkania)

Miejsco wość:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Nr domu, lokalu:	

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

ISCED 0-Brak	<input type="checkbox"/>	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>
ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>



KRYTERIA OBLIGATORYJNE		TAK	NIE
OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):			
1.	<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu co najmniej jednej przesłanki zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 (właściwe zaznaczyć „X”):</p> <p><input type="checkbox"/> bierną zawodowo, w tym (właściwe zaznaczyć):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osobą uczącą się, <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> inne. <p><input type="checkbox"/> osobą lub rodziną korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy. Zgodnie z Art. 7 ww. ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa, <input type="checkbox"/> sieroctwa, <input type="checkbox"/> bezdomności, <input type="checkbox"/> bezrobocia, <input type="checkbox"/> niepełnosprawności, <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby, <input type="checkbox"/> przemocy domowej, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii, <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. <p><input type="checkbox"/> osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uzależnionych od alkoholu, <input type="checkbox"/> uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobą nieletnią zagrożonym demoralizacją i przestępczością;
- osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobom opuszczającym okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- osobą z niepełnosprawnościami;
- członkiem gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;**
- osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
- osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, objętą dozorem elektronicznym;
- osobą korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)**
- osobą należącą do społeczności marginalizowanej, takich jak Romowie;



	<input type="checkbox"/> osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę; <i>Jako załącznik przedstawiam oświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej</i>		
2.	Jestem osobą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma ukończone co najmniej 18 lat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia (jestem osoba bezrobotną lub bierną zawodowo) <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Powiatowego Urzędu Pracy (PUP) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa Mazowieckiego w rozumieniu KC obejmującego powiaty: wołomiński, miński, otwocki, legionowski, nowodworski, grodziski, piaseczyński, pruszkowski, warszawski zachodni, m. Warszawa <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie (ZUS/PUP, faktura, list, itp.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczam , że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Oświadczam , że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)		TAK	NIE
1.	Niepełnosprawność w stopniu lekkim (+5 punktów) Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu lekkim <i>Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej/poświadczający stan zdrowia.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Jestem Kobietą (+5 punktów) Jako potwierdzenie przedkładam oświadczenie oraz dok. tożsamości do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Jestem osobą z wykształceniem do ISCED 3 włącznie (+5 punktów) <i>Jako załącznik przedkładam oświadczenie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jestem osobą wielokrotnie wykluczoną (z powodu więcej niż jednej przesłanki kwalif. do objęcia wsparciem w programie) (+ 10 punktów) <i>Jako załącznik przedkładam zaświadczenie lub oświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS lub innej instytucji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027) (+ 10 punktów) <i>Jako załącznik przedkładam zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS lub innej instytucji</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.	Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej (+ 10 punktów) Jako załącznik przedkładam zaświadczenie wydane z właściwej instytucji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Jestem osobą która opuściła jednostkę penitencjarne w ciągu ostatnich 12stu m-cy (+ 10 punktów) Jako załącznik przedkładam zaświadczenie wydane z właściwej instytucji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną, os. z chorobami psychicznymi, os. z niepełnosprawnością intelekt. i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (+10 punktów) Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument poświadczający stan zdrowia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Jestem osobą w wieku 18-29 lat (+10 punktów) Jako potwierdzenie przedkładam oświadczenie oraz dok. tożsamości do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jestem osobą zamieszkującą gminy wykluczone komunikacyjnie (+10 punktów) tj. Dąbrówka, Poświętne, Mińsk Mazowiecki, Kałuszyn, Jakubów, Latowicz, Siennica, Karczew, Sobienie-Jeziory. Jako załącznik przedkładam dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na danym obszarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Jestem osobą zamieszkującą wg. KC na obszarze OSI (+ 10 punktów) tj. gmina Strachówka Jako załącznik przedkładam dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na danym obszarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Jestem osoba zamieszkująca obszary MSIT/GPR (+ 10 punktów) tj. powiat wołomiński: Wołomin, Ząbki, Marki, Kobyłka, powiat miński: Mińsk Mazowiecki, Sulejówek, Halinów, powiat otwocki: Otwock, Józefów, Karczew Jako załącznik przedkładam dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na danym obszarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Jestem osobą długotrwale bezrobotną (+10 punktów) Jako załącznik przedkładam zaświadczenie z PUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**Nie
zgłaszam
specjalnych
potrzeb lub
nie dotyczy**

Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową		
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych		<input type="checkbox"/>
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie		



Zapewnienie tłumacza języka migowego		
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		
Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON)		
Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Inne (jakie?)		
FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIECKIEM/OSOBA ZALEŻNĄ		<u>Nie zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Proszę wpisać specjalne potrzeby		

MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą obcego pochodzenia. To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą państwa trzeciego. Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jestem osobą z niepełnosprawnościami Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Rozwój Twoja szansa**” FEMA.08.01-IP.01-030H/24,
- podane wyżej dane są poprawne,
- zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „**Rozwój Twoja szansa**” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa i rekrutacji do projektu.
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „**Rozwój twoja szansa**”
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **OŚRODEK SZKOLENIOWY MAXIMUS TOMASZ BRZESKI** wraz z **FUNDACJĄ SOWELO** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **OŚRODEK SZKOLENIOWY MAXIMUS TOMASZ BRZESKI** wraz z **FUNDACJĄ SOWELO** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane



- zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027)
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
 - zostałem/-am poinformowany/a, **OŚRODEK SZKOLENIOWY MAXIMUS TOMASZ BRZESKI** wraz z **FUNDACJĄ SOWELO** zapewniają standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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).
 - zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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.
 - **wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez firmę **OŚRODEK SZKOLENIOWY MAXIMUS TOMASZ BRZESKI** wraz z **FUNDACJĄ SOWELO**. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,
 - mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
 - w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będą wnosili/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,
 - mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,
 - **zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis



OŚWIADCZENIE
o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów
premiujących w ramach projektu:
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria grupy docelowej oraz kryteria preferencji, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

.....
Data i czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Zaznacz właściwy kafelek:

Oświadczam że:

- jestem kobietą
- mam wykształcenie do ISCED 3
- jestem osobą w wieku 18 -29 lat

.....
Data i czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż po zakończonym udziale w projekcie „Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24 będę aktywnie szukał/a pracy we wszystkich możliwych instytucjach (np. urzędy pracy, agencje zatrudnienia) i dostarczę zaświadczenie o zarejestrowaniu do biura Projektu nie później niż do 4 tygodni od zakończenia ostatniej formy wsparcia.

.....

Czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem **osobą bez zatrudnienia**

.....
Czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą **nieposzukująca pracy**

.....
Czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Nieprzerwany okres pozostawania bez pracy	
Przed rejestracją w Urzędzie Pracy	W rejestrach Urzędu Pracy
Od do	Od do

Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną, czyli osobą pozostającą w rejestrze PUP przez okres ponad 12m-cy w okresie 2 lat z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.

Jestem pouczone/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 w związku z art. 233 §6 Kodeksu karnego za złożenie danych niezgodnych z prawdą. Art. 233 §1 k.k. : „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym, lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat. 8”.
Przepis ten stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenia (art. 233 §6 k.k.)

.....

Czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
„Rozwój Twoja szansą” nr FEMA.08.01-IP.01-03OH/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą gotową do **podjęcia pracy i aktywnie poszukującą pracy**

.....
Czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.