

Rzeczpospolita
PolskaUnia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Deklaracja udziału odbiorcy innowacji w Grancie (a)

Deklaruję chęć udziału w Grancie pt.:na skalowanie innowacji
 „MODEL DOM– skalowanie innowacji społecznej” realizowanym przez
 zgodnie z opracowanym indywidualnym planem usług w terminie od.....do.....

Jednocześnie do celów monitorowania oraz ewaluacji udostępniam dane:

I. Dane odbiorcy

Dane uczestnika:													
Imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone po zakończeniu edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)												
Dane kontaktowe:													
Województwo:													
Powiat:		Gmina:											
Miejscowość:		Kod pocztowy:											
Ulica:													
Nr budynku:		Nr lokalu:											
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail													
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów		<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy										
	w tym:		<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna										
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu										

Załącznik nr 7 do Umowy: Wzór deklaracji udziału odbiorcy innowacji w Grancie



do projektu:		<input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (<i>mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach</i>) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> inne	
	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny, jaki?	
Nazwa instytucji/podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, proszę napisać czy w związku z niepełnosprawnością ma Pan/Pani jakieś specjalne potrzeby (np. konieczność tłumacza j. migowego, asystent/ka osoby niepełnosprawnej itp.)		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

a) Wyrażam zgodę i deklaruję swój udział w projekcie „**MODEL DOM– skalowanie innowacji społecznej**” realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

¹ duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników

Załącznik nr 7 do Umowy: Wzór deklaracji udziału odbiorcy innowacji w Grancie



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- b) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, prasie, w publikacjach itp. na potrzeby realizacji projektu „**MODEL DOM– skalowanie innowacji społecznej**” (zgodnie z Ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 04.02.1994 r. (Dz. U. 1994 nr 24 poz. 83 art. 81 z późn. zm.);
- c) Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt ten jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu. Jednocześnie zostałem/-am pouczony/-a oraz jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy.

miejsowość, data

*czytelny podpis uczestnika/czki projektu**