



FORMULARZ danych osobowych UCZESTNIKA dla naboru do projektu EFS+ pn. „ 3 – 2 – 1 – START ”

Cel 1 LSR: Wsparcie do 31.12.2029 r. mieszkańców Miasta Inowrocławia
objętych Lokalną Strategią Rozwoju w zakresie włączenia społecznego
Przedsięwzięcie 1.2 LSR: Działania dla dzieci i młodzieży poza edukacją formalną
Grantobiorca: Przedsiębiorstwo Wielobranżowe GESAL Eugeniusz Skoczyński

Numer identyfikacyjny formularza

Data wpływu Godzina wpływu:

UWAGA:

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń,
2. Niniejszy formularz złożony musi być z wymaganymi prawidłowo wypełnionymi załącznikami,
3. Przed złożeniem formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminami projektu.

Wypełnia Kandydat lub Rodzic / Opiekun prawny kandydata

Dane Uczestnika / Uczestniczki	
Obywatelstwo	
Rodzaj uczestnika	Indywidualny
Nazwa instytucji	Nie dotyczy
Imię	
Nazwisko	



Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna											
PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Brak PESEL	☐ tak											
Wiek w chwili przystąpienia do projektu												
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia i niższe ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)											

Adres zamieszkania / dane kontaktowe Uczestnika / Uczestniczki			
Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA)			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Data rozpoczęcia udziału w projekcie			



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

- ☐ jestem osobą bezrobotną
- ☐ jestem osobą bierną zawodowo, w tym:
- ☐ osobą uczącą się / odbywającą kształcenie (tylko w 7.2)
- ☐ jestem osobą pracującą

Szczególna sytuacja Uczestnika / Uczestniczki projektu

Osoba z krajów trzecich	☐ tak	☐ nie
Osoba obcego pochodzenia	☐ tak	☐ nie
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ tak	☐ nie
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	☐ tak	☐ nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji	☐ tak	☐ nie



Osoba z niepełnosprawnościami:

Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź

☐ tak

☐ nie

☐ odmowa odpowiedzi

POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI

Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK proszę opisać szczególne potrzeby.

☐ tak

☐ nie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Oświadczenia

1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w OŚWIADCZENIU UCZESTNIKA PROJEKTU OBJĘTEGO GRANTEM.
3. Oświadczam, że zapoznałem / am się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu oraz Regulaminie rekrutacji i akceptuję ich warunki.

.....

Data

.....

Czytelny podpis Uczestnika / Uczestniczki projektu

.....

Data

.....

Czytelny podpis Rodzica / Opiekuna prawnego

(w przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej Rodzina / Opiekuna prawnego)