Obraz zawierający tekst, Czcionka, biały, czarne i białe

Opis wygenerowany automatycznie

**Formularz rekrutacyjny**

**Projekt:** Rozwój usług społecznych w Aglomeracji Opolskiej

**Numer projektu:** FEOP.07.01-IZ.00-0015/23

**Dane osobowe uczestnika:**

1. Imię i nazwisko:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Miejsce urodzenia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Wiek w chwili przystąpienia do projektu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania lub pobytu:

* Ulica i numer domu:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Kod pocztowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Gmina/Powiat:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Telefon kontaktowy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adres e-mail (opcjonalnie):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wykształcenie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Obywatelstwo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Płeć K/M
4. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI
5. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, osoba z niepełnosprawnościami TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI
6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

**Kryteria punktowane:**

1. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć odpowiednie i dołączyć kopie dokumentów):
   * Brak
   * Lekki stopień
   * Umiarkowany stopień
   * Znaczny stopień
   * Niepełnosprawność sprzężona
2. Oświadczam, że żyję samotnie w jednoosobowym gospodarstwie domowym.

Proszę zaznaczyć TAK/ NIE

1. Miejsce zamieszkania (proszę zaznaczyć, o ile dotyczą):
   * Aglomeracja opolska
   * Gmina Chrząstowice
   * Miasto Krapkowice
2. Czy korzysta Pan/i z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową   
   2021–2027 (FE PŻ)? TAK/ NIE

**Załączniki:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).
2. Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej potwierdzające korzystanie z programu   
   FE PŻ (jeśli dotyczy).

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą, pod rygorem odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 KK).
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i zobowiązuję się do jego stosowania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami RODO na potrzeby rekrutacji i realizacji projektu.
4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty weryfikacyjnej w miejscu zamieszkania przez przedstawicieli Realizatora projektu.

Podpis uczestnika lub przedstawiciela prawego:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_