



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 **OPOLSKIE**

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:
_____ | ☐ Kod pocztowy: _____ |
| 2. Data urodzenia:
_____ | ☐ Miejscowość: _____ |
| 3. Miejsce urodzenia:
_____ | ☐ Gmina/Powiat: _____ |
| 4. PESEL
_____ | 7. Telefon kontaktowy: _____ |
| 5. Wiek w chwili przystąpienia do projektu _____ | 8. Adres e-mail (opcjonalnie): _____ |
| 6. Adres zamieszkania lub pobytu:
☐ Ulica i numer domu: _____ | 9. Wykształcenie: _____ |
| | 10. Obywatelstwo: _____ |
| | 11. Płeć K/M |

12. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

13. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, osoba z niepełnosprawnościami TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

14. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

Kryteria punktowane:

1. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć odpowiednie i dołączyć kopie dokumentów):

- | | |
|---|---|
| ☐ Brak | ☐ Znaczny stopień |
| ☐ Lekki stopień | ☐ Niepełnosprawność sprzężona |
| ☐ Umiarkowany stopień | |

2. Oświadczam, że żyję samotnie w jednoosobowym gospodarstwie domowym.

Proszę zaznaczyć TAK/ NIE

3. Miejsce zamieszkania (proszę zaznaczyć, o ile dotyczą):
- Aglomeracja opolska
 - Gmina Chrzastowice
 - Miasto Krapkowice
4. 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: _____