



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości”
nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

FORMULARZ APLIKACYJNY

Projekt „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

Data wpływu Formularza Aplikacyjnego: (wypełnia Beneficjent Projektu)	
Podpis osoby przyjmującej Formularz Aplikacyjny: (wypełnia Beneficjent Projektu)	
Nr w rejestrze ewidencyjnym: (wypełnia Beneficjent Projektu)	

**UWAGA ! - Prosimy wypełniać CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI
lub wstawić „X” w białych pustych polach**

DANE KANDYDATA/TKI			
Imię, imiona		Nazwisko	
Data urodzenia		Płeć	Kobieta
PESEL			Mężczyzna
Brak numeru PESEL		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Obywatelstwo		<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)			
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)			



WYKSZTAŁCENIE					
	ISCED 0 - Niższe niż podstawowe (<i>brak formalnego wykształcenia</i>)				
	ISCED 1 - Podstawowe (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>)				
	ISCED 2 - Gimnazjalne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>)				
	ISCED 3 - Ponadgimnazjalne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub szkoły zawodowej</i>)				
	ISCED 4 - Policealne (<i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>)				
	ISCED 5-8 - Wyższe (<i>kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. studiów krótkiego cyklu, licencjackich, magisterskich, doktoranckich</i>)				
ADRES ZAMIESZKANIA WEDŁUG KODEKSU CYWILNEGO¹ (na potwierdzenie przedkładam dokument zewnętrzny potwierdzający adres zamieszkania)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			
Poczta		Gmina			
Powiat		Województwo			
Kraj					
Adres korespondencyjny (uzupełnić tylko jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż zamieszkania)					
DANE KONTAKTOWE					
Telefon kontaktowy					
Adres poczty elektronicznej (e-mail)					

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



OBSZAR ZAMIESZKIWANIA WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGURBA)² (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)	
	DEGURBA 1 - tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary gęsto zaludnione
	DEGURBA 2 - małe miasta i przedmieścia (obszary o średniej gęstości zaludnienia): lokalne jednostki administracyjne, w których poniżej 50% ludności mieszka w „ośrodkach miejskich”, jednocześnie poniżej 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich”
	DEGURBA 3 - obszary wiejskie (obszary słabo zaludnione): lokalne jednostki administracyjne, w których ponad 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich”
KRYTERIA REKRUTACYJNE FORMALNE - obligatoryjne NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU	
Oświadczam, że:	
a) jestem osobą zamieszkującą w województwie dolnośląskim (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie potwierdzające adres zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) jestem osobą dorosłą w wieku 18 – 29 lat (na potwierdzenie przedkładam do wglądu dowód tożsamości – nr PESEL)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) jestem osobą pozostającą bez pracy (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z PUP/ZUS)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> osobą bezrobotną: <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy oraz gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia

² Zgodnie z klasyfikacją DEGURBA jednostki przestrzenne przyporządkowane są do następujących kategorii: słabo zaludnione, pośrednie, gęsto zaludnione. Założenia metodologiczne DEGURBA opierają się na kryterium gęstości zaludnienia i minimalnej liczby ludności. Zaklasyfikowanie terenów jako: obszary słabo zaludnione (wiejskie) – 50 % ludności zamieszkuje obszary wiejskie; pośrednie (miasta, przedmieścia) – poniżej 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie i poniżej 50% ludności obszary o dużej gęstości zaludnienia; tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) – przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary gęsto zaludnione.



	<input type="checkbox"/> osobą bierną zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu<input type="checkbox"/> osobą uczącą się / odbywającą kształcenie<input type="checkbox"/> inne oraz pozostającą bez zatrudnienia i nie poszukującą pracy	
	<input type="checkbox"/> NIE	
d) jestem osobą należącą do kategorii NEET tj. nie pracuję, nie kształcę się oraz nie szkolę się (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie PUP/ZUS oraz oświadczenie Kandydata/tki Projektu dot. przynależności do osób z kategorii NEET - Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
e) lub jestem kobietą wychowującą dziecko (na potwierdzenie przedkładam akt urodzenia dziecka)	<input type="checkbox"/> TAK Oświadczam, że sprawuję opiekę nad dzieckiem: Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia dziecka: _____ Nr PESEL dziecka: _____ Adres zamieszkania dziecka: _____	
	<input type="checkbox"/> NIE	
f) jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z OPS lub innej właściwej instytucji lub orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia etc. oraz oświadczenie Kandydata/tki Projektu dot. zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
g) lub jestem osobą bierną zawodowo (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z ZUS)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



<p>h) na dzień wypełniania Formularza Aplikacyjnego nie otrzymuję wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno - zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w Projekcie nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym ze środków UE</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>i) dodatkowo należą do minimum 1 z grup: (proszę zaznaczyć właściwe grupy)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osób biernych zawodowo (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z ZUS)<input type="checkbox"/> osób lub rodzin korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniających co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z MOPS/GOPS/PCCPR, orzeczenie o niepełnosprawności, itp.)<input type="checkbox"/> osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)<input type="checkbox"/> osób przebywających w pieczy zastępczej lub opuszczających pieczę zastępczą oraz rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo - wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)<input type="checkbox"/> osób nieletnich, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich oraz osób nieletnich zagrożonych demoralizacją i przestępczością (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)<input type="checkbox"/> osób przebywających i opuszczających młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. oraz osób opuszczających okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji



nieletnich (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)

- osób z niepełnosprawnościami** (na potwierdzenie przedkładam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez właściwy polski organ orzekający)
- osób korzystających z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową - FE PŻ** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- członków gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób opuszczających placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób w kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób należących do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób objętych ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- osób odbywających karę pozbawienia wolności, objętych dozorem elektronicznym** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)
- innych osób, rodzin oraz środowisk, o których mowa w pkt 7, zidentyfikowanym przez IZ RP jako zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot)



KRYTERIA REKRUTACYJNE PREMIUJĄCE - fakultatywne

NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU

Oświadczam, że:

a) jestem osobą z niepełnosprawnością (na potwierdzenie przedkładam kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK (+ 5 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE
b) jestem osobą zamieszkującą na obszarze wiejskim wg klasyfikacji DEGURBA i/lub obszarze zagrożonym trwałą marginalizacją i/lub w miastach średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z informacją o miejscu zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK (+ 5 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE
c) jestem kobietą	<input type="checkbox"/> TAK (+ 5 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE
d) posiadam wykształcenie na poziomie nie wyższym, niż ISCED 3 włącznie (na potwierdzenie przedkładam kopię świadectwa ukończenia nauki)	<input type="checkbox"/> TAK (+ 3 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE
e) jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z OPS lub innej właściwej instytucji lub kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia itp. oraz oświadczenie Kandydata/ki Projektu dot. zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24)	<input type="checkbox"/> TAK (+3 PKT.) <input type="checkbox"/> NIE
Łączna liczba uzyskanych punktów:pkt.

STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

NALEŻY ZAZNACZYĆ „X” WE WŁAŚCIWYM POLU

Jestem osobą z niepełnosprawnościami

(w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

(Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), lub osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123))

na potwierdzenie przedkładam kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia

- TAK**
 NIE
 **ODMOWA
ODPOWIEDZI**



w związku z posiadaną przeze mnie niepełnosprawnością posiadam specjalne potrzeby, które ułatwiłyby mi udział w oferowanych wsparciach w ramach niniejszego projektu:	<input type="checkbox"/> NIE ZGŁASZAM <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne (np. specjalne wyżywienie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wsparcie asystenta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą państwa trzeciego (osoba, która nie posiada obywatelstwa żadnego z krajów UE ani: Norwegii, Islandii, Lichtensteinu oraz Szwajcarii / osoby bez ustalonego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą obcego pochodzenia (osoba obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej (zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) lub etnicznej (zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszość: karaimska, łemkowska, romska, tatarska) w tym społeczności marginalizowane.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI



<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (posiadam wykształcenie poniżej podstawowego (ISCED 0), jestem zagrożona/y wykluczeniem społecznym, jestem osobą bezdomną (wykluczenie z dostępu do mieszkań), jestem osobą zamieszkującą obszary wiejskie (DEGURBA 3), byłem/am więźniem, narkomanem itp.)</p> <p>na potwierdzenie przedkładam dokument potwierdzający status osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK Jaka sytuacja</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</p>
<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (osoba, która jest bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie)</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI</p>

Dane zawarte w Formularzu Aplikacyjnym zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionego przez Kandydata / tkę dokumentu tożsamości.

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

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24 (dalej: Projekt) oraz akceptuję i spełniam jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim, a także jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.;
- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza Aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu – Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA oraz Partnera Projektu - FUNDACJA AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY;
- zostałem/am poinformowany/a, że formy wsparcia mogą odbywać się w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania;
- samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24;
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych;



- oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-01477/24;
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działanie 7.5 Aktywna integracja;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji Projektu;
- zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA, z siedzibą we Wrocławiu (50-201), przy ul. Mieszczkańskiej 11/31, jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Beneficjenta Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA oraz Partnera Projektu FUNDACJĘ AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY, z siedzibą w Obornikach (64-600), przy ul. Polnej 6, wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem (w tym również w związku z procesem rekrutacji), a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu CST2021 – Centralny System Teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 ust. 29 ustawy wdrożeniowej oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania, a podanie przeze mnie danych osobowych Administratorowi na charakter dobrowolny, jednak odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w procesie rekrutacji. Przysługuje mi prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonałem/am na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA oraz Partner Projektu FUNDACJA AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY 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);



- zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Beneficjentowi Projektu informacji na temat statusu na rynku pracy oraz informacji na temat podjęcia nauki, wolontariatu, terapii uzależnień, udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu/nabyciu kwalifikacji/kompetencji, w terminie do 4 tygodni i 6 miesięcy od ukończenia udziału w Projekcie (w tym o dostarczeniu niezbędnych dokumentów);
- deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia przewidzianych dla mnie w ramach Projektu; równocześnie w przypadku uzasadnionej rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o tym fakcie Beneficjenta Projektu;
- wyrażam gotowość podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w Projekcie;
- zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwości udziału w Projekcie;
- zobowiązuje się do dostarczenia Beneficjentowi Projektu załączników do niniejszego Formularza Aplikacyjnego wymaganych na podstawie Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24;
- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail);
- wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku / głosu / wypowiedzi przez Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA oraz FUNDACJĘ AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24;
- uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z przepisów Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Przyjmuję 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 o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy w Wałbrzychu) podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Organizatora Projektu z Konwencją o prawach



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.;

- zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji;
- wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.

.....

data i podpis Kandydata / tki Projektu