**Załącznik nr 1**

***Formularz zgłoszeniowy Uczestnika projektu***

w ramach

**Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020**

**Oś Priorytetowa nr III „Cyfrowe kompetencje społeczeństwa**

#### Działanie nr 3.1 „Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych”

Projekt pt.: ***„*E-OBYWATELNOWE UMIEJĘTNOŚCI CYFROWE*”***, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, realizowany przez **Krajową** **Izbę Gospodarczą**   
w partnerstwie z **Fundacją Edukacyjne Centrum Doskonalenia**, **Fundacją Progres** oraz **Oddziałem Wojewódzkim** **Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP Województwa Pomorskiego** na podstawie Umowy nr **POPC.03.01.00-00-0005/16**

***Wypełnia Realizator Projektu:***

|  |
| --- |
| **Numer ewidencyjny Kandydata :** **EOB/**………/…………../**2017**  **Spełnienie kryteriów obligatoryjnych: Tak/Nie**  **Kryteria dodatkowo punktowane: …..…. pkt.**  **Kwalifikacja do udziału w projekcie: Tak/Nie**  **Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz** ………………………………………………………… |

**UWAGI:**

1. **Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić czytelnie w języku polskim, odręcznie, długopisem koloru niebieskiego, drukowanymi literami, bez skreśleń.**
2. **Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza zgłoszeniowego. W przypadku gdy któraś z części Formularza nie dotyczy osoby wypełniającej, należy wpisać „NIE DOTYCZY”.**
3. **W miejscu € należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X.**
4. **Formularz powinien być zaparafowany na każdej stronie i  podpisany we wskazanych miejscach.**
5. **Wszystkie kserokopie dokumentów stanowiące załącznik do Formularza powinny być poświadczone własnoręcznym podpisem kandydata, datą oraz dopiskiem; „za zgodność z oryginałem”.**
6. **Oryginał Formularza wraz z załącznikami nie podlega zwrotowi, dlatego prosimy o zapewnienie sobie kopii składanych dokumentów (Realizator Projektu nie będzie kandydatowi kserował składanych dokumentów).**
7. **Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj** |  |
| **Rodzaj uczestnika** | Indywidualny  Pracownik/przedstawiciel  Instytucji/podmiotu |
| **Nazwa instytucji** |  |
| **Imię/Imiona:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć:** | Kobieta  Mężczyzna |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Wykształcenie** | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe |
| **Adres zamieszkania[[2]](#footnote-2):** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | Miasto  Wieś |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr budynku:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

1. **Aktualny status potencjalnego Uczestnika projektu.**

**Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem:** | |
| **osobą z niepełnosprawnościami[[3]](#footnote-3),** *( jeśli tak, do formularza należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem)* | **€ Tak**  **€ Nie** |
| **niepełnosprawność sensoryczna** (osoby niewidome, niedowidzące, daltoniści, osoby głuche) | **€ Tak**  **€ Nie** |
| **Niepełnosprawność fizyczna** (osoby z dysfukcją ruchu) | **€ Tak**  **€ Nie** |
| **Niepełnosprawność psychiczna** (upośledzenie umysłowe, niepełnosprawność kulturowa) | **€ Tak**  **€ Nie** |

1. **Kryteria rekrutacyjne dodatkowo punktowane**

**Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem:** | |
| Osobą nieposiadającą kompetencji cyfrowych | **€ Tak**  **€ Nie** |
| Osoby posiadającą dochód netto na osobę w gospodarstwie poniżej 1355,69 zł | **€ Tak**  **€ Nie** |
| Osobą bezrobotną | **€ Tak**  **€ Nie** |
| Rolnikiem | **€ Tak**  **€ Nie** |

………………………………………. ………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis potencjalnego uczestnika projektu)

1. **Oświadczenia**

|  |
| --- |
| ***OŚWIADCZENIA*** |
| Ja niżej podpisana/y...........................................................................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkała/y.....................................................................................................................................................  (adres zamieszkania)  legitymująca/y się dowodem osobistym ........................................................................................................  (seria i nr dowodu osobistego)  wydanym przez .............................................................................................................................................  **Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |

|  |
| --- |
| 1. Deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie „E-OBYWATEL NOWE UMIEJĘTNOŚCI CYFROWE”. |
| 1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych. |
| 1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. |
| 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym zgodnie ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z dnia 24 maja 2018 r. poz. 1000) przez Beneficjenta do celów związanych z realizacją projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020. |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i akceptuję jego warunki. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa*  *w projekcie* i *Formularzu rekrutacyjnym* jestem uprawniony/-a do uczestnictwaw projekcie oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. |
| 1. Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniach na które zostanę zakwalifikowany/a w terminach uzgodnionych z Realizatorem projektu. |
| 1. Zobowiązuję się do uczestnictwa w procesie monitoringui i ewaluacji realizowanych w ramach projektu, w okresie trwania projektu i 6 miesięcy po jego zakończeniu. |
| 1. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie drogą elektroniczną na podane w formularzu konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz. 1204). Tak/ Nie |
| 1. Oświadczam, że świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. |

………………………………………. ………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis potencjalnego uczestnika projektu)

|  |
| --- |
| O projekcie dowiedziałem/am się z: |
| **€** Plakat, ulotka  **€** Spotkanie informacyjne  **€** Portal internetowy (jaki?) …………………….  **€** Osoby polecające  **€** Inne (jakie?) ……………………. |

1. Wiek Uczestnika projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się   
   z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoby z niepełnosprawnościamito osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-3)