Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu pn.: „Publiczny Żłobek w Bogumiłowicach” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego   
2014-2020, Oś Priorytetowa 8 Rynek Pracy, Działanie 8.5 „Wsparcie na rzecz łączenia życia zawodowego   
z prywatnym”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Uzupełnia osoba przyjmująca dokument** | | | |
| Nr formularza zgłoszeniowego |  | Data, godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA (RODZICA)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | | |  | | | | |
| Brak PESEL | 🞏 TAK | | | | | | | 🞏 NIE | | | | | | | | |
| Płeć\* | Kobieta | | | |  | | | Mężczyzna | | | | |  | | | |
| Kraj pochodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie\* | 🞏 Niższe niż podstawowe – poziom ISCED 0 (Brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Podstawowe - poziom ISCED 1 (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Gimnazjalne - poziom ISCED 2 (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Ponadgimnazjalne – poziom ISCED 3 (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Pomaturalne/Policealne – poziom ISCED 4 (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞏 Wyższe – poziom ISCED 5-8 (Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE -** Adres miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | Powiat | | | |  | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | Miejscowość | | | |  | | | | | |
| Ulica |  | | | Nr budynku | | |  | | | | Nr lokalu | | |  | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | Tel. kontaktowy | | | |  | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | **Status** | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy\* | | | | | | Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | | |  | |
| Inna | | | | | | |  | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy\* | | | | | | Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | | |  | |
| Inna | | | | | | |  | |
| Osoba bierna zawodowo\* | | | | | | Inna | | | | | | |  | |
| Osoba ucząca się | | | | | | |  | |
| Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | |  | |
| Osoba pracująca\* | | | | | | Osoba pracująca w administracji rządowej | | | | | | |  | |
| Osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | | | |  | |
| Inne | | | | | | |  | |
| Osoba pracująca w MMŚP | | | | | | |  | |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | | | |  | |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | | | |  | |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | |  | |
| Wykonywany zawód (w przypadku wskazania statusu „osoba pracująca”)\* | | | Inny | | | | | |  | | | | | | | |
| Instruktor praktycznej nauki zawodowej | | | | | |  | | | | | | | |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | | |  | | | | | | | |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | | |  | | | | | | | |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | | |  | | | | | | | |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik instytucji rynku pracy | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej | | | | | |  | | | | | | | |
| Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | | | | | |  | | | | | | | |
| Rolnik | | | | | |  | | | | | | | |
| Zatrudniony w  (proszę podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa – miejsce zatrudnienia) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu\* | | | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia\*\* | | | | | | | Nie | | | | | |  |
| Tak | | | | | |  |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | Nie | | | | | |  |
| Tak | | | | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnością\*\* | | | | | | | Nie | | | | | |  |
| Tak | | | | | |  |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)\*\* | | | | | | | Nie | | | | | |  |
| Tak | | | | | |  |
| Odmowa podania informacji | | | | | |  |
| **DANE DZIECKA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | Imię | | | |  | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | | |  | | | | | | |
| **DANE DODATKOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę wskazać czy występują specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności | | | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | | | | | | | | |
| Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo?  Proszę zaznaczyć właściwą opcję: (jeśli dotyczy) | | | | | | 🞏 dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda  🞏 przygotowanie materiałów informacyjnych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa 🞏 materiały w alfabecie Braille’a  🞏 tłumacz polskiego języka migowego (PJM)  🞏 tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)  🞏 pętla indukcyjna  🞏 wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową  🞏 obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością  🞏 specjalne potrzeby żywieniowe  🞏 zapewnienie warunków dla psa asystującego  🞏 inne na przykład: wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust. | | | | | | | | | | |

\* Właściwe zaznaczyć „ X”

\*\* Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych

Ja, niżej podpisany(a), .....................................................................................................................................,

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „Publiczny Żłobek w Bogumiłowicach” realizowanym przez Gminę Wierzchosławice w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020,   
Oś Priorytetowa 8 Rynek Pracy, Działanie 8.5 „Wsparcie na rzecz łączenia życia zawodowego z prywatnym” oraz objęcie mojego dziecka ….............................................................................………………pieką żłobkową.

(Imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej   
   w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne   
   z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i w pełni akceptuję jego zapisy;
4. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku i wizerunku mojego dziecka na potrzeby promocji (w tym na stronie internetowej i profilu facebookowym Gminy Wierzchosławice oraz Publicznego Żłobka w Bogumiłowicach), realizacji projektu i sprawozdawczości.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz udziału w projekcie pn. „Publiczny Żłobek   
   w Bogumiłowicach”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.**

…………………………………. ……………………………………………………………………. *Miejscowość, data* *Podpis rodzica/opiekuna prawnego*