



ul. Strzelecka 15, 64-800 Chodzież
fundacja@ukrytemarzenia@gmail.com
tel. 507475843, 507475846
NIP 6070081627 KRS 0000553238



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 60-681 Poznań, ul. Wachowiaka 8A
tel./fax: 61 826 00 07 | kom.: +48 601 971 090
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP: 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „KLUB WOLONTARIUSZA – AKTYWNA INTEGRACJA”

Tytuł projektu:	„KLUB WOLONTARIUSZA – AKTYWNA INTEGRACJA”
Nr projektu:	RPWP.07.01.02-30-0037/18
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	7. Włączenie społeczne
Nazwa i numer Działania:	7.1. Aktywna integracja
Nazwa i numer Poddziałania:	7.1.2. Aktywna integracja – projekty konkursowe

Dane podstawowe Uczestnika/czki (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
PESEL			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE			
Kraj	POLSKA		
Województwo	WIELKOPOLSKIE		
Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Ulica			
Numer budynku			
Numer lokalu			
Kod pocztowy			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne



ul. Strzelecka 15, 64-800 Chodzież
fundacja@ukrytemarzenia@gmail.com
tel. 507475843, 507475846
NIP 6070081627 KRS 0000553238



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 60-681 Poznań, ul. Wachowiaka 8A
tel./fax: 61 826 00 07 | kom.: +48 601 971 090
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP: 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (<u>należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia</u>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba pochodząca z obszarów wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego SL2014)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3

Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
a) Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Mam miejsce zamieszkania na terenie województwa wielkopolskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu (<i>jeśli dotyczy należy załączyć orzeczenie:</i>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- lekkim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- umiarkowanym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- znacznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- niepełnosprawność sprzężona	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
- ON z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu

