

<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz jeden właściwy status):</p>	<p>pracująca (zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub innej umowy, prowadząca działalność gospodarczą), w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</p>			
	<p><input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>bierna zawodowo (studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo jeśli nie pracują), w tym</p> <p><input type="checkbox"/> ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu</p> <p>bezrobotna (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy, aktywnie poszukująca zatrudnienia), w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> niezarejestrowana w Urzędzie Pracy</p> <p><input type="checkbox"/> w tym, długotrwale bezrobotna (osoba poniżej 25 roku życia bezrobotna przez okres co najmniej 6 miesięcy, osoba po 25 roku życia bezrobotna przez okres co najmniej 12 miesięcy)</p>			
	<p>zarejestrowana w Urzędzie Pracy</p> <p><input type="checkbox"/> w tym, długotrwale bezrobotna (osoba poniżej 25 roku życia bezrobotna przez okres co najmniej 6 miesięcy, osoba po 25 roku życia bezrobotna przez okres co najmniej 12 miesięcy)</p>			
<p>Nazwa zakładu pracy/ prowadzonej działalności gospodarczej (dotyczy osób pracujących)</p>				
<p>Wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących, wstaw X we właściwym polu)</p>	<p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny</p>			
	<p>STATUS</p>	<p>TAK</p>	<p>NIE</p>	<p>ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant osoba obcego pochodzenia:</p>				
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</p>				

Osoba z niepełnosprawnościami:			
Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej:			
Oświadczam, że:			
<p>1. Zostałam/-em poinformowany, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> - złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z przyjęciem na wybrany rodzaj wsparcia; - projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. <p>2. Zapoznałam/em się z warunkami wsparcia w ramach projektu i akceptuję je bez zastrzeżeń.</p> <p>3. Zobowiązuję się do dostarczenia danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji nt. udziału w kształceniu.</p> <p>Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.</p> <p>Wyrażam zgodę na udział w w/w projekcie, który jest realizowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.</p> <p>Jestem świadomy/a, że koszt mojego uczestnictwa w projekcie jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w związku z tym jako uczestnik projektu zobowiązuję się do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Podpisywania listy obecności na wybranej formie wsparcia (opcjonalnie); 2. Wypełnienia dokumentów związanych z dokumentowaniem otrzymywanego przeze mnie wsparcia. 			

<p>.....</p> <p>Miejscowość i data:</p>	<p>.....</p> <p>Podpis uczestnika/-czki (w przypadku osób niepełnoletnich podpisuje opiekun prawny):</p>
--	---

ⁱ O wyborze formy wsparcia każdorazowo decyduje specjalista. Do uzupełnienia po stronie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.