**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA KANDYDATÓW NA UCZESTNIKÓW MODELU WSPARCIA „CYBERSIŁACZE - ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI CYFROWO – SPOŁECZNYCH OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ” DOFINANSOWANEGO Z PROJEKTU ,,SZANSA – NOWE MOŻLIWOŚCI DLA DOROSŁYCH”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Realizator** | Fundacja Imago |
| **Tytuł modelu** | CyberSiłacze – rozwój umiejętności cyfrowo – społecznych osób  z niepełnosprawnością fizyczną |
| **Indywidualny numer identyfikacyjny**  (wypełnia Realizator Projektu) |  |
| **Data wpływu formularza**  (wypełnia Realizator Projektu) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **NAZWA POLA** | **WYBÓR/UZUPEŁNIENIE PRZEZ KANDYDATA** | |
| 1 | Imię |  | |
| 2 | Nazwisko |  | |
| 3 | PESEL | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | |
| 4 | Data urodzenia/wiek |  | |
| 5 | Płeć | Kobieta  Mężczyzna | |
| 6 | Rodzaj niepełnosprawności (KOD) | 01 U – UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE 02 P – CHOROBY PSYCHICZNE 03 L – ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU 04 O – CHOROBY NARZĄDU WZROKU 05 R – UPOŚLEDZENIE NARZĄDU RUCHU 06 E – EPILEPSJA 07 S – CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRĄŻENIA 08 T – CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO 09 M – CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO 10 N – CHOROBY NEUROLOGICZNE 11 I – INNE, W TYM SCHORZENIA: ENDOKRYNOLOGICZNE, METABOLICZNE, ZABURZENIA ENZYMATYCZNE, CHOROBY ZAKAŹNE I ODZWIERZĘCE, ZESZPECENIA, CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO 12 C – CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE NP. AUTYZM LUB ZESPÓŁ ASPERGERA  KTÓRA Z WYMIENIONYCH NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JEST NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ GŁÓWNĄ? (SYMBOL)  ------------------------------------ | |
| 7 | Stopień niepełnosprawności\* | lekki  umiarkowany  znaczny | |
| 8 | Wymagania szczególne /potrzeby indywidualne |  | |
| 9 | Wykształcenie | niższe niż podstawowe (ISCED 0)  podstawowe (ISCED 1)  ukończona szkoła podstawowa (6 - letnia)  gimnazjalne (ISCED 2)  *(Ukończone gimnazjum lub ukończona szkoła podstawowa (8 - letnia*)  ponadgimnazjalne (ISCED 3)  (*ukończone liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa, branżowa szkoła zawodowa)*  policealne (ISCED 4)  *(ukończone szkoły policealne lub pomaturalne)*  wyższe (ISCED 5-8)  *(ukończone Nauczycielskie Kolegium Języków Obcych, Kolegium Pracowników Służb Społecznych itp., ukończone studia licencjackie, magisterskie, podyplomowe, doktoranckie)* | |
| 10 | Status na rynku pracy | OSOBA BIERNA ZAWODOWO, *W TYM:*  OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU  OSOBA UCZĄCA SIĘ  INNE  LUB  OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, *W TYM:*  DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA INNE  LUB  OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, *W TYM:*  DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA  INNE  *LUB*  OSOBA PRACUJĄCA, *W TYM*  NA WŁASNY RACHUNEK  W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ  W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ  W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE  W MMŚP  INNE  *W PRZYPADKU STATUSU: OSOBA PRACUJĄCA:*  OSOBA ZATRUDNIONA W (NAZWA PRACODAWCY):  ………………………………………………………………………………………..  WYKONYWANY ZAWÓD:  ……………………………………………………………………………………….. | |
| **DANE ADRESOWE I KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | | | |
| 11 | Województwo | |  |
| 12 | Powiat | |  |
| 13 | Gmina | |  |
| 14 | Miejscowość | |  |
| 15 | Ulica | |  |
| 16 | Nr budynku | |  |
| 17 | Nr lokalu | |  |
| 18 | Kod pocztowy | |  |
| 19 | Telefon | |  |
| 20 | Adres e-mail | |  |

Niniejszym potwierdzam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie   
i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem i ewaluacją modelu wsparcia ,,CyberSiłacze – rozwój umiejętności cyfrowo – społecznych osób z niepełnosprawnością fizyczną”(zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000), w ramach powierzonego grantu dofinansowanego z projektu ,,SZANSA – NOWE MOŻLIWOŚCI DLA DOROSŁYCH”,realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie.

Deklaruję chęć przystąpienia do modelu wsparcia,,CyberSiłacze – rozwój umiejętności cyfrowo – społecznych osób z niepełnosprawnością fizyczną”i zobowiązuję się do udziału w działaniach realizowanych w ramach modelu zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie.

………………………………. ………..……………………………………….

Data Podpis kandydata

DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DLA KANDYDATÓW NA UCZESTNIKÓW MODELU WSPARCIA,,CYBERSIŁACZE – ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI CYFROWO – SPOŁECZNYCH OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ” NALEŻY DOŁĄCZYĆ **KSEROKOPIĘ AKTUALNEGO ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**

Zweryfikowano prawdziwość danych wskazanych przez Kandydata/Kandydatkę poprzez wgląd do dowoduosobistego lub równoważnego dokumentu ………………………………………………………………….

(wskazać nazwę)

....................................... …....................................................

(miejscowość, data) (podpis osoby weryfikującej)