**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 | KobietaMężczyzna |
| 6 | Rodzaj niepełnosprawności (KOD) | 01 U – UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE02 P – CHOROBY PSYCHICZNE03 L – ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU04 O – CHOROBY NARZĄDU WZROKU05 R – UPOŚLEDZENIE NARZĄDU RUCHU06 E – EPILEPSJA07 S – CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRĄŻENIA08 T – CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO09 M – CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO10 N – CHOROBY NEUROLOGICZNE11 I – INNE, W TYM SCHORZENIA: ENDOKRYNOLOGICZNE, METABOLICZNE, ZABURZENIA ENZYMATYCZNE, CHOROBY ZAKAŹNE I ODZWIERZĘCE, ZESZPECENIA, CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO12 C – CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE NP. AUTYZM LUB ZESPÓŁ ASPERGERAKTÓRA Z WYMIENIONYCH NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JEST NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ GŁÓWNĄ? (SYMBOL)------------------------------------ |
| 7 | Stopień niepełnosprawności\* | lekkiumiarkowanyznaczny |
| 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 INNELUB  OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, *W TYM:*DŁUGOTRWALE BEZROBOTNAINNELUB OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, *W TYM:*DŁUGOTRWALE BEZROBOTNAINNE*LUB*OSOBA PRACUJĄCA, *W TYM* NA WŁASNY RACHUNEK W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIEW 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)