

## KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

### 1. DANE OSOBOWE

Imię (Imiona)			
Nazwisko			
Pesel			
Miejsce i data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Adres zamieszkania	Województwo:	Powiat:	
	Gmina :	Miejscowość:	
	Kod pocztowy :	Ulica:	
		Nr domu	
	Nr lokalu:		
Telefon			
E-mail			
<b>Poziom wykształcenia</b>			
- niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>	- podstawowe	<input type="checkbox"/>
- gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	- ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
- policealne	<input type="checkbox"/>	- wyższe	<input type="checkbox"/>

### 2. OŚWIADCZAM, ŻE (proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani obecnej sytuacji )

Jestem osobą, która				
1. bezrobotną	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
2. zagrożoną ryzykiem ubóstwa/wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
3. doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego z więcej jak 1 powodu:	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej/kwalifikującą się do świadczeń z pomocy społecznej (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- z terenów wiejskich	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- niepełnosprawną o:	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
z niepełnosprawnościami sprzężonymi	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
umiarkowanym st. niepełnosprawn.	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- przebywające w młodzieżowym ośrodku środowiskowym wychowawczym i socjoterapeutycznym	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- niesamodzielną	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- Osobą o których mowa w ustawie o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
- bezdomni /dotknięci wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE

### 3. OŚWIADCZENIA

1)	Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przywidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.
2)	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Akademia Aktywności Społeczno-Zawodowej w powiecie ostródzkim- edycja 4” jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia—Mazury na lata 2014-2020.
3)	Oświadczam, że zapoznałem(em) się z prawami i obowiązkami uczestnika Projektu określonymi w Regulaminie Rekrutacyjnym i uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do ich przestrzegania.
4)	Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i wykorzystywanie wizerunku utrwalonego w związku z udziałem w projekcie, w jakiegokolwiek formie i za pośrednictwem dowolnego środka przekazu.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ

.....  
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA DO PROJEKTU