Załącznik nr 2 do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w projekcie „Bielińskie stacje wsparcia”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie
BIELIŃSKIE STACJE WSPARCIA

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego
Działanie RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych

Poddziałanie RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych

Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie	
Nr formularza:	**Data wpływu:**
	Podpis przyjmującego zgłoszenie:

Formularz rekrutacyjny w imieniu dziecka wypełnia rodzic lub opiekun prawny.

1. DANE DZIECKA:

1.	**Imię/imiona**		
2.	**Nazwisko**		
3.	**Płeć**	**Kobieta ☐**	**Mężczyzna ☐**
4.	**Data i miejsce urodzenia**		
5.	**Seria i nr dowodu osobistego:** **Dowód wydany przez:**		
6.	**PESEL**		
7.	**Ulica/Miejscowość**		
8.	**Nr domu**		
9.	**Nr lokalu**		
10.	**Miejscowość**		

11.	Kod pocztowy	
12.	Gmina	
13.	Powiat	
14.	Województwo	

2. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

MATKI/OPIEKUNKA PRAWNA		
1.	Imię i Nazwisko	
2.	Adres zamieszkania	
3.	Telefon kontaktowy/e-mail	
4.	Seria i nr dowodu osobistego: Dowód wydany przez:	
OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY		
5.	Imię i nazwisko	
6.	Adres zamieszkania	
7.	Telefon kontaktowy/e-mail	
8.	Seria i nr dowodu osobistego: Dowód wydany przez:	
INFORMACJE DODATKOWE		
9.	Czy rodzice pracują:	☐ tak ☐ nie
10.	Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności	☐ tak ☐ nie
11.	Rodzic samotnie wychowuje dziecko	☐ tak ☐ nie
12.	Rodzice korzystają z pomocy społecznej	☐ tak ☐ nie

3. WYKSZTAŁCENIE (DZIECKO)

……..(Imię i Nazwisko)

jest uczniem……

……...(Nazwa i Adres Szkoły)

4. UDZIAŁ W PROJEKCIE:

1.	**Proszę uzasadnić chęć udziału dziecka w projekcie:**	

……

Data, Imię i Nazwisko Rodzica/Opiekuna

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

- dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe;

- zostałem poinformowana/y, że Projekt „Bielińskie stacje wsparcia" jest współfinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych;

- zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w Projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo;

-wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2015 poz. 2135 z późniejszymi zmianami) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta Projektu z obowiązków sprawozdawczych.

Jednocześnie uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, oświadczam, iż przedstawione przeze mnie dane w dokumentach dot. realizacji projektu odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……..

Data, Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna