



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Numer formularza rekrutacyjnego	Data wpływu formularza rekrutacyjnego	Podpis przyjmującego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie systemowym pn: „Uwierz w siebie”, realizowanym w latach 2012-2013 przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Czarnej Wodzie

Dane personalne			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Seria i nr dowodu osobistego		Dowód osobisty wydany przez	
PESEL			
Adres stałego lub czasowego zameldowania			
Miejscowość			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Gmina		Kod pocztowy	
Województwo		Powiat	
Telefon		e-mail	
Status uczestnika projektu (zaznaczyć właściwą odpowiedź)			
<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP		
<input type="checkbox"/>	Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w PUP		
<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP		
<input type="checkbox"/>	Osoba zatrudniona		
<input type="checkbox"/>	Osoba samo zatrudniona (prowadząca działalność gospodarczą)		
<input type="checkbox"/>	Rolnik		
<input type="checkbox"/>	Osoba zamieszkująca teren wiejski		
<input type="checkbox"/>	Osoba z orzeczoną niepełnosprawnością		
Opiekuję się dziećmi do lat 7 lub opiekuję się osobą zależną (wpisz TAK lub NIE)			
Oczekiwania związane z udziałem w projekcie (podkreśl właściwe)			
<input type="checkbox"/>	Zmiana sytuacji życiowej		
<input type="checkbox"/>	Zwiększenie aktywności zawodowej i motywacji		
<input type="checkbox"/>	Podniesienie kwalifikacji zawodowych		
<input type="checkbox"/>	Wzmocnienie poczucia własnej wartości i wiara we własne siły		
<input type="checkbox"/>	Rozwijanie zdolności interpersonalnych		
<input type="checkbox"/>	Podniesienie autoprezentacji		
Informacja dotycząca korzystania z pomocy społecznej			
Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń z pomocy społecznej (wpisz TAK lub NIE)			

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Czarnej Wodzie (zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) dobrowolnie podanych danych osobowych, zbieranych na potrzeby Podsystemu Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (PEFS). Jednocześnie mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
miejsowość, data

.....
podpis beneficjenta ostatecznego

Formularz zgłoszeniowy należy dostarczyć osobiście lub drogą pocztową (w wersji papierowej) do MOPS w Czarnej Wodzie, ul. Mickiewicza 7.

Uwagi osób weryfikujących formularz (nie wypełniać)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....