



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

<b>Nazwa Beneficjenta:</b>
ARTMEDICA SP. Z O. O.
<b>Tytuł i numer projektu:</b>
<b>„PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20</b>

<b>DANE UCZNIKA (w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny)</b>												
Imię/Imiona												
Nazwisko												
Data urodzenia:												
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna											
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
Zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL												
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom)	<input type="checkbox"/> Wyższe											
	<input type="checkbox"/> Policealne											
	<input type="checkbox"/> Ponadgminaszjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)											
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne											
	<input type="checkbox"/> Podstawowe											
	<input type="checkbox"/> Brak											
Nazwa szkoły średniej, do której uczęszcza uczeń												

<b>Zamieszkanie i dane kontaktowe uczestnika</b>	
Kraj	POLSKA
Województwo	<input type="checkbox"/> kujawsko - pomorskie <input type="checkbox"/> pomorskie <input type="checkbox"/> warmińsko - mazurskie
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	



Nr lokalu				
Kod pocztowy				
Telefon kontaktowy do ucznia (pole obowiązkowe)				
Adres e-mail do ucznia (pole obowiązkowe)				
Zamieszkanie na terenie wiejskim (zgodnie z GUS)	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu				
<b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b> Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.	Tak		Nie	
<b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b> Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	Tak		Nie	
<b>W tym długotrwale bezrobotny</b> Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.	Tak		Nie	
<b>Bierny zawodowo</b> Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).	Tak		Nie	
<b>W tym osoba ucząca się</b>	Tak		Nie	
<b>W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>	Tak		Nie	
<b>Osoba pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)</b> Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.	Tak		Nie	
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP (mikro/małe przedsiębiorstwo)				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
<b>Zatrudniony w:</b> Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				
<b>Wykonywany zawód:</b>				
Nauczyciel kształcenia zawodowego				
Nauczyciel kształcenia ogólnego				
Nauczyciel wychowania przedszkolnego				
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego				
Pracownik instytucji rynku pracy				
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia				
Rolnik				
Kluczowy pracownik instytucji pomocy				



i integracji społecznej	
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	
Instruktor praktycznej nauki zawodu	
Inny	

<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>					
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)					
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>					
Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>					
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).					
Tak				Nie	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>					
Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn.zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. <b>osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</b>					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>					
Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	

**Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, Data

\_\_\_\_\_  
**CZYTELNY** podpis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem**. W przypadku osób niepełnoletnich formularz podpisuje jeden z rodziców/opiekun prawny.



**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ:**

**„PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko - pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20**

Niniejszym oświadczam, iż .....

[imię i nazwisko ucznia]

spełnia wszystkie poniższe kryteria uczestnictwa w projekcie/przynależę do grupy docelowej określonej w projekcie tj.:

1. Jest uczniem zamieszkującym obszar jednego z 3 niżej wymienionych województw:
  - pomorskie
  - warmińsko – mazurskie
  - kujawsko – pomorskie
2. Znajduje się w wieku 15 – 19 lat.
3. Pobiera naukę w szkole o jednym z poniższych profili: szkole branżowej, technikum lub szkole specjalnej przysposabiającej do pracy, ewentualnie w liceum ogólnokształcącym lub ogólnokształcącej szkole artystycznej.

Miejscowość, Data

**CZYTELNY** podpis

**OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE FALSZYWYCH OŚWIADCZEŃ na potrzeby projektu:**

**„PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko - pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20**

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych ww. formularzu niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu pn. „PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20 oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

Miejscowość, Data

**CZYTELNY** podpis<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem**. W przypadku osób niepełnoletnich formularz podpisuje jeden z rodziców/opiekun prawny.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



**OŚWIADCZENIE O BRAKU ZMIAN W FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM**

**na potrzeby projektu:**

***„PROFILAKTYKA PRÓCHNICY - UGRYŻ Z NAMI TEN TEMAT - program edukacyjno - profilaktyczny w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży województwa pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i kujawsko - pomorskiego”, nr POWR.05.01.00-00-0024/20***

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie dane przedstawione w formularzu zgłoszeniowym z dnia \_\_\_\_\_ w procesie rekrutacji w stosunku do dnia objęcia mnie/mojego dziecka/podopiecznego tj. dnia \_\_\_\_\_ czyli udziału w warsztatach w ramach projektu NIE ULEGŁY ZMIANIE.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, Data

\_\_\_\_\_  
**CZYTELNY** podpis Uczestnika Projektu



