



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa Beneficjenta:
ARTMEDICA SP. Z O. O.
Tytuł i numer 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

DANE UCZNIĄ PEŁNOLETNIEGO											
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> </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"/> Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)										
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne										
	<input type="checkbox"/> Podstawowe										
<input type="checkbox"/> Brak											
Nazwa szkoły średniej, do której uczęszcza uczeń											

Zamieszkanie i dane kontaktowe uczestnika	
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)	TAK		NIE	

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu				
Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.	Tak		Nie	
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	Tak		Nie	
W tym długotrwale bezrobotny 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	
Bierny zawodowo 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	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osoba pracująca (niezależnie od rodzaju umowy) 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				
Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				
Wykonywany zawód:				
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	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

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

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

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

Osoba z niepełnosprawnościami

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. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.**

Tak

Nie

Odmowa podania informacji

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

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 PODPIS¹

¹ Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem.**



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]

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

1. Jestem uczniem zamieszkującym obszar jednego z 3 niżej wymienionych województw w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego:
 - pomorskie
 - warmińsko – mazurskie
 - kujawsko – pomorskie
2. Znajduję się w wieku 15 – 19 lat.
3. Pobieram 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 dającej uprawnienia zawodowe.

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 i oświadczeniach o przynależności do grupy docelowej 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



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 wsparciem tj. dnia _____ czyli udziału w warsztatach w ramach projektu **NIE ULEGŁY ZMIANIE.**

Miejscowość, Data

CZYTELNY podpis