



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. „Przedszkole Montessori MUSZELKA w Krakowie” nr RPMP.10.01.01-12-0156/19

1. Ja niżej podpisana/y deklaruję udział mojego dziecka w projekcie pn. „Przedszkole Montessori MUSZELKA w Krakowie” nr RPMP.10.01.01-12-0156/19, realizowanym przez „DANI” Danuta Iwańska-Fulara, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 10 Oś priorytetowa Wiedza i kompetencje, Działanie 10.1 Rozwój kształcenia ogólnego, Poddziałanie 10.1.1 Wychowanie przedszkolne – ZIT.
2. Oświadczam, że zgodnie Regulaminem rekrutacji do projektu moje dziecko spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że znane mi są zasady udziału w Projekcie zawarte w Regulaminie rekrutacji do projektu, tym samym zobowiązuję się do systematycznego udziału mojego dziecka w formach wsparcia, do udziału w których zostało zakwalifikowane moje dziecko.
4. Wyrażam zgodę na poddanie mojego dziecka badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

CZĘŚĆ A. DANE UCZESTNIKA – DZIECKA

KRAJ	Polska	RODZAJ UCZESTNIKA	<input type="checkbox"/> indywidualny
IMIĘ		NAZWISKO	
PLEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	PESEL	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
WYKSZTAŁCENIE (należy wybrać JEDNĄ z opcji)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	

DANE KONTAKTOWE:

WOJEWÓDZTWO		POWIAT	
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NR BUDYNKU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY		Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL	

ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli inny niż adres zamieszkania):

WOJEWÓDZTWO		POWIAT	
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA		NR BUDYNKU	NR LOKALU
KOD POCZTOWY			

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne



	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie			
WYKONYWANY ZAWÓD:	nie dotyczy			
ZATRUDNIONY W (miejsce zatrudnienia):	nie dotyczy			
POZOSTAŁE INFORMACJE:				
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	TAK		
	<input type="checkbox"/>	NIE		
	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	TAK		
	<input type="checkbox"/>	NIE		
	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji		
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	TAK		
	<input type="checkbox"/>	NIE		
	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji		
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/>	TAK		
	<input type="checkbox"/>	NIE		
	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji		
CZĘŚĆ B. DANE RODZICA:				
IMIĘ		NAZWISKO		
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ		
ULICA		NR BUDYNKU	NR LOKALU	
KOD POCZTOWY				
TELEFON KONTAKTOWY		ADRES E-MAIL		
SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA:				
Data rozpoczęcia udziału w projekcie		Data zakończenia udziału w projekcie		
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/>	TAK		
	<input type="checkbox"/>	NIE		
Rodzaj przyznanego wsparcia:				

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU
rodzica/opiekuna prawnego dziecka