

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS
W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA DOLNEGO ŚLĄSKA 2021-2027

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**PN. „AKTYWIZACJA OSÓB BEZROBOTNYCH W POWIECIE ZŁOTORYJSKIM II”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć |  |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | Wykształcenie |  |
| **Dane kontaktowe** *adres kontaktowy (korespondencyjny)* | 7 | Ulica |  |
| 8 | Nr domu |  |
| 9 | Nr lokalu |  |
| 10 | Miejscowość |  |
| 11 | Kod pocztowy |  |
| 12 | Województwo |  |
| 13 | Powiat |  |
| 14 | Telefon stacjonarny |  |
| 15 | Telefon komórkowy |  |
| 16 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |

Pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż.:

1. Jestem osobą długotrwale bezrobotną (tj. pozostaję w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych) **TAK / NIE\***
2. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań

 **TAK / NIE\***

1. Jestem osobą z krajów trzecich (tj. jestem obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej lub jestem osobą bez ustalonego obywatelstwa)

 **TAK / NIE\***

1. Jestem osobą obcego pochodzenia (tj. nie posiadam polskiego obywatelstwa)

 **TAK / NIE\***

1. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowych lub etnicznych, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie

 **TAK / NIE / Odmawiam udzielenia informacji\***

1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami

 **TAK / NIE / Odmawiam udzielenia informacji\***

1. Oświadczenie dotyczące potrzeb/ usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami:
* Jakie problemy / bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie? …………………………………………

……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

* Jakie są Pani/Pana specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/Panu udział w niniejszym projekcie? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………
1. Oświadczenie w sprawie potrzeb / usprawnień dla uczestników projektu:

- Jakie ma Pani/Pan inne specjalne potrzeby nie wynikające bezpośrednio z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/Panu udział w niniejszym projekcie? ……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie**.**

**W przypadku podjęcia zatrudnienia lub samozatrudnienia w okresie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie zobowiązują się dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Złotoryi kopię umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, umowy o dzieło lub zaświadczenie potwierdzające rejestrację działalności gospodarczej.**

……………………………………… ………………………………………

 Data Podpis osoby bezrobotnej

\* niepotrzebne skreślić

 **Weryfikacja kryteriów kwalifikowalności:**

Osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna

Kobieta

Osoba w wieku 50 lat i więcej

Osoba w wieku 18-29

Osoba z kategorii NEET

Osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bezrobotna o niskich kwalifikacjach (posiadająca wykształcenie podstawowe / gimnazjalne / zasadnicze zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe)

Osoba z niepełnosprawnościami

 Potwierdzam kwalifikowalność w/w osoby do udziału w projekcie pn. „Aktywizacja osób bezrobotnych w powiecie złotoryjskim II” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

Złotoryja, dn. ……………………. ……………….…..………………………………….

 Podpis pracownika dokonującego weryfikacji