



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi, pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X** przy wybranej pozycji.

Nr projektu grantowego	19/2025/KS „Razem Lepiej – Klub Seniora Fabianki”		
Nazwa grantobiorcy	Gmina Fabianki		
Okres realizacji projektu objętego grantem	OD:	02.02.2026	DO: 18.12.2026
Potwierdzam: - wiek uczestnika projektu wskazany w formularzu <i>Podpis Grantobiorcy</i>		

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL/inny identyfikator			
Brak PESEL	<input type="checkbox"/> TAK		
Płeć	KOBIETA	<input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania ¹			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu (jeśli dotyczy)	
Miejscowość		Kod pocztowy	

¹ Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U.2024.0.1061 tj. „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



Gmina		Powiat	
Województwo			
Kraj			
Obywatelstwo			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
		TAK	NIE
Szczególna sytuacja Uczestnika/Uczestniczki projektu	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji			

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, osoba z niepełnosprawnościami:**

Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.

POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI

Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK, proszę opisać szczególne potrzeby.

 Tak Nie**Potrzeby:**

Załączam dokumenty:

ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW:

Lp.	Nazwa dokumentu	Data dokumentu
1.	Dokument zobowiązaniowy wystawiony na uczestnika zawierający adres zamieszkania.	
2.		
3.		

Dokumenty przedłożone do wglądu Grantobiorcy:

1.	Dowód osobisty
2.	

OŚWIADCZENIA :

1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).



2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem.

3. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/a w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu Dane uczestnika projektu EFS+.

data i podpis przedstawiciela Grantobiorcy

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: