

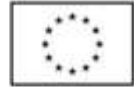


Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA
do projektu „Spełnimy Twoje zawodowe marzenia”

Nazwisko		
Imię		
Data urodzenia		
Telefon		
Uzasadnienie potrzeby wsparcia w projekcie		
Mieszkam i/lub pracuję i/lub uczę się w POWIECIE TORUŃSKIM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Samotnie wychowuję dziecko	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystam z pomocy socjalnej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Mieszkam na obszarze wiejskim	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Do formularza dołączam:	<input type="checkbox"/> (*)Oświadczenie kandydata o zamieszkaniu na terenie Powiatu Toruńskiego, <input type="checkbox"/> (*)Zaświadczenie od pracodawcy lub oświadczenie kandydata o pracy na terenie Powiatu Toruńskiego, <input type="checkbox"/> (*)Zaświadczenie za szkoły/placówki edukacyjnej o odbywaniu nauki na terenie Powiatu Toruńskiego, <input type="checkbox"/> (**)Oświadczenie kandydata o posiadanym wykształceniu (dodatkowo można dołączyć kserokopię świadectwa/dyplomu ukończenia szkoły/placówki w ramach edukacji formalnej), <input type="checkbox"/> (**)Oświadczenie o nieprowadzeniu działalności gospodarczej, <input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności lub kopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) potwierdzona za zgodność z oryginałem przez kandydata, <input type="checkbox"/> Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka (jeżeli dotyczy), <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o korzystaniu z pomocy socjalnej (jeżeli dotyczy), <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na obszarze wiejskim lub oświadczenie kandydata (jeżeli dotyczy). (*) – należy wypełnić co najmniej jeden załącznik oznaczony (*) (**) – oznacza załącznik wymagany
Data	
Podpis	

Zobowiązanie kandydata do uzupełnienia swoich danych osobowych	<input type="checkbox"/> Zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. <input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do uzupełnienia swoich danych osobowych w deklaracji uczestnictwa w projekcie „Spełniamy Twoje zawodowe marzenia” 7 dni przed rozpoczęciem doradztwa edukacyjno-zawodowego.
Data	
Podpis	