



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu	Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu

	Lp.	TYTUŁ PROJEKTU: „Aktywnie przez życie”		
		Numer i nazwa Poddziałania: 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu Numer projektu: RPMA.09.01.00-14-9682/17		
Dane osobowe	1.	Imię (imiona)		
	2.	Nazwisko		
	3.	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4.	Wiek w chwili przystępowania do projektu (pow. 18 lat)		
	5.	PESEL		
6.	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Podstawowe (ISCED 1) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej <input type="checkbox"/>		
		Gimnazjalne (ISCED 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej <input type="checkbox"/>		
		Ponadgimnazjalne (ISCED 3) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/>		
		Policealne (ISCED 4) Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym <input type="checkbox"/>		
		Wyższe (ISCED 5-8) kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich <input type="checkbox"/>		
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	7.	Ulica		
	8.	Nr domu		
	9.	Nr lokalu		
	10.	Miejscowość		
	11.	Obszar: proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	01 - Duże obszary miejskie <input type="checkbox"/> (o ludności > 50 000 i dużej gęstości zaludnienia)	
			02 - Małe obszary miejskie <input type="checkbox"/> (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	
			03 - Obszary wiejskie <input type="checkbox"/> (o małej gęstości zaludnienia)	
	12.	Kod pocztowy		
13.	Województwo			
14.	Powiat			

15.	Gmina	
16.	Telefon komórkowy	
17.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Oświadczenie:

Oświadczam, że jestem osobą **zamieszkującą na terenie na terenie województwa mazowieckiego**, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego

.....
data i podpis Zgłaszającego

		Oświadczam że	TAK	NIE
		Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (zaznaczyć odpowiedni kwadrat) która na dzień złożenia dokumentów wpisuje się w poniższą grupę docelową:		
		Osoba, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba korzystająca z PO PŻ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę zakreślić właściwe odpowiedzi poprzez postawienie znaku „X” w kwadracie pod właściwą odpowiedzią lub zakreślenie właściwej odpowiedzi	18.	Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, [1)bezdolnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,2) uzależnionych od alkoholu, 3)uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba niesamodzielna,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu <i>Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020</i> ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



		Nie należę do grupy osób:	TAK	NIE
	19.	Osoba jest bezrobotną będącą klientem PUP zakwalifikowaną do I i II profilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności

	20.	Stan posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	-----	--	---	--

Wypełnić jeśli dotyczy:

Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną (należy załączyć kopię orzeczenia) w stopniu:

.....
(proszę wpisać stopień niepełnosprawności).

.....
data i podpis Zgłaszającego

Status w chwili przystąpienia do projektu proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	21.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w **Projekcie pt. Aktywnie przez życie**
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa mazowieckiego 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. 1. Indywidualna Ścieżka Reintegracji, 2. Trening umiejętności społecznych i wzmocnienie kompetencji społecznych, 3. Poradnictwo psychologiczne, 4. Wsparcie szkoleniowe, 5. Staże zawodowe.
7. Zobowiązuje się do przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu Projektu za okres do 100 dni od zakończenia mojego w nim udziału tj. status na rynku pracy i potwierdzenia uzyskania kwalifikacji.
8. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo do 4 tygodniu od ukończenia udziału w projekcie - w przypadku podjęcia pracy, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej - dokumentu potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3 mies. po zakończeniu udziału w projekcie: dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społ. lub zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące.
9. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
10. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
11. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Instytut Rozwoju i Innowacji Euro-Konsult sp. z o. o. ul. Narutowicza 57/8, 20-016 Lublin, na potrzeby rekrutacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU „Aktywnie przez życie”

9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

Numer projektu: RPMA.09.01.00-14-9682/17

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia ¹	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia beneficjent projektu	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej Organizatora Projektu Instytut Rozwoju i Innowacji Euro-Konsult sp. z o. o.)

<input type="checkbox"/>	<p>Oświadczam, że jestem osobą zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z wytycznymi zawartymi w umowie udziału w projekcie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Osoba, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 2) Osoba korzystająca z PO PŻ. 3) Osoba z niepełnosprawnością 4) Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym 5) Osoba lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, 6) Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, 7) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością, 8) Osoba niesamodzielną, 9) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
<input type="checkbox"/>	<p>Nie należę do grupy osób:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Osoba jest bezrobotną będącą klientem PUP zakwalifikowaną do I i II profilu 2) Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywnie przez życie” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Marszałek Województwa Mazowieckiego mający swoją siedzibę przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020: w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217, z późn. zm.);
3. W odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 217, z późn. zm.);
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Aktywnie przez życie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 (RPO WM);
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt - Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o. o. (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020;
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
7. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 3

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Aktywnie przez życie”

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

PESEL:

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach projektu: „Aktywnie przez życie” realizowanego przez **Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o. o.** 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu Numer projektu: RPMA.09.01.00-14-9682/17. Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „Aktywnie przez życie”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego.
3. Jestem (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi X):

	Oświadczam, że na dzień złożenia dokumentów
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z wytycznymi zawartymi w umowie udziału w projekcie.
<input type="checkbox"/>	Nie należę do grupy osób: 1) Osoba jest bezrobotną będącą klientem PUP zakwalifikowaną do I i II profilu 2) Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności

4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Aktywnie przez życie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020 .
5. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o.o. w celach rekrutacji do projektu i realizacji zaplanowanych działań.

Upředzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a,

PESEL:

w związku z przystąpieniem do projektu: „**Aktywnie przez życie**”, realizowanego przez **Instytut Rozwoju i Innowacji Euro – Konsult sp. z o. o.** realizowanemu w ramach 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu nr RPMA.09.01.00-14-9682/17 oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

- w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać **Instytutowi Rozwoju i Innowacji Euro-Konsult sp. z o.o.**, informacje i dane (w tym kopie dokumentów) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:

a) podjęcia zatrudnienia bądź samozatrudnienia:

- kopii umowy o pracę na min. 3m-ce i min. ½ etatu, lub
- kopii umowy cywilnoprawnej o terminie realizacji minimalnej 3m-ce i o wartości minimalnej w wysokości trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub
- dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

b) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu,

c) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),

d) postępu aktywizacji społecznej

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU