



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

w ramach projektu: „Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23

|             |  |                                        |  |
|-------------|--|----------------------------------------|--|
| Data wpływu |  | Podpis osoby<br>przyjmującej formularz |  |
|-------------|--|----------------------------------------|--|

Projekt realizowany przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju** w partnerstwie z  
**IT CONSULTING Sp. z o. o.**, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 ze  
środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

### DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

|                 |                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                        |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Imię/Imiona:    |                                                                                                                                                                                                     |                    |                                                                        |
| Nazwisko:       |                                                                                                                                                                                                     | Płeć:              | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data urodzenia: |                                                                                                                                                                                                     | Wiek aktualny:     |                                                                        |
| Pesel:          |                                                                                                                                                                                                     | Miejsce urodzenia: |                                                                        |
| Obywatelstwo:   | <input type="checkbox"/> polskie,<br><input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE,<br><input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE. |                    |                                                                        |

### ADRES ZAMIESZKANIA

|               |               |                     |  |
|---------------|---------------|---------------------|--|
| Miejscowość:  |               | Kod pocztowy:       |  |
| Ulica:        |               |                     |  |
| Numer domu:   | Numer lokalu: | Powiat:             |  |
| Województwo:  |               | Gmina:              |  |
| Adres e-mail: |               | Telefon kontaktowy: |  |

### Adres korespondencyjny

(o ile jest inny niż zamieszkania)

|              |  |                  |  |
|--------------|--|------------------|--|
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy:    |  |
| Ulica:       |  | Nr domu, lokalu: |  |

### POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

|                    |                          |                                                                  |                          |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ISCED 0-Brak       | <input type="checkbox"/> | ISCED 2 Gimnazjalne                                              | <input type="checkbox"/> | ISCED 4 Policealne | <input type="checkbox"/> |
| ISCED 1 Podstawowe | <input type="checkbox"/> | ISCED 3 Ponadgimnazjalne<br>(liceum, technikum, szkoła zawodowa) | <input type="checkbox"/> | ISCED 5-8 Wyższe   | <input type="checkbox"/> |



| STATUS OSOBY NA RYNKU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU<br>OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TAK                      | NIE                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p><b>Jestem osobą bierną zawodowo.</b><br/>W tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> osobą uczącą się lub odbywającą kształcenie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><i>W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.</i></p> <p>Bierny zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.: studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące; dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących; doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych.</p> <p>Osoba ucząca się to osoba uczestnicząca w kształceniu formalnym, tj. na poziomie szkoły podstawowej, średniej, jak również kształcąca się na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym. Kształcenie to uczenie się przez całe życie, szkolenie poza miejscem pracy lub w miejscu pracy, szkolenia zawodowe, itp.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Jestem osobą bezrobotną:</b></p> <p><input type="checkbox"/> zarejestrowaną w Urzędzie Pracy, w tym:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną*</p> <p><input type="checkbox"/> niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy</p> <p><i>W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z PUP o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej (w przypadku osób zarejestrowanych w PUP) lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS – w przypadku osób nie zarejestrowanych w PUP) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.</i></p> <p>Osoba bezrobotna - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja ta uwzględnia wszystkie osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajową definicją, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów wskazanych wyżej. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać również jako osoby bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy lub niezarejestrowane, lecz spełniające powyższe przesłanki, tj. gotowość do podjęcia pracy i aktywne poszukiwanie zatrudnienia.</p> <p>*Osoba długotrwale bezrobotna to osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.</p>                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Jestem osobą pracującą<sup>1</sup>, tj. (właściwe zaznaczyć wpisując „X” w kratce):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Osobą pracującą w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> Osobą pracującą w administracji samorządowej</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- ☐ Osobą pracującą w organizacji pozarządowej  
☐ Osobą pracującą w MMŚP  
☐ Osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie  
☐ Osobą pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  
☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  
☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  
☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  
☐ Osobą pracującą na uczelni  
☐ Osobą pracującą w instytucie naukowym  
☐ Osobą pracującą w instytucie badawczym  
☐ Osobą pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  
☐ Osobą pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym  
☐ Osobą pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  
☐ Osobą pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej  
☐ Inne

*W załączeniu przedstawiam zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie.*

| KRYTERIA OBLIGATORYJNE                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TAK                      | NIE                      |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu): |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |
| 1.                                                       | <p>Jestem <b>osobą zamieszkującą</b> na terenie podregionu ciechanowskiego województwa mazowieckiego tj. powiat żuromiński, mławski, płoński, ciechanowski, pułtuski, plocki i m. Płock.</p> <p><i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie/oświadczenie o miejscu zamieszkania.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.                                                       | <p>Jestem osobą dorosłą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma <b>ukończone co najmniej 18 lat.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.                                                       | <p><b>Jestem obywatelem/ką państw trzecich legalnie przebywającym/ą w Polsce</b><br/>           (Osoby objęte wsparciem muszą przebywać w Polsce legalnie, na podstawie aktualnych dokumentów upoważniających do pobytu i pracy takich jak np. wiza, karta pobytu czy dokument potwierdzający objęcie ochroną. W zakres pomocy nie mogą być włączeni obywatele takich krajów jak: Norwegia, Islandia, Lichtenstein oraz Szwajcaria. W zakres pomocy włączeni są zarówno migranci przyjeżdżający do pracy, studenci, jak również uchodźcy oraz osoby, które otrzymały inne formy ochrony.)</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                        | <i>Jako załącznik przekładam paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość lub tożsamość i obywatelstwo oraz dokument potwierdzający legalny pobyt w Polsce np. wiza, karta pobytu, Dii.pl, dokument potwierdzający objęcie ochroną.</i>      |                          |                          |
| 4.                                                                     | <b>Oświadczam</b> , że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                                                                     | <b>Oświadczam</b> , że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+.                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>KRYTERIA PREMIUJĄCE</b><br>(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) |                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
| 1.                                                                     | <b>Jestem KOBIEȚĄ: (+ 6 punktów)</b>                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.                                                                     | <b>Posiadam potrzebę zapewnienia zajęć dla dziecka/dzieci oraz deklaruję udział w projekcie z dzieckiem/dziećmi w wieku szkolnym (+ 4 punkty)</b><br><br><i>Jako załącznik przedkładam oświadczenie o potrzebie zapewnienia zajęć dla dziecka/dzieci.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.                                                                     | <b>Jestem osobą w wieku od 15 do 29 lat (+2 punkty)</b>                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.                                                                     | <b>Zamieszkuję na obszarze jednego z miast tracących funkcje społeczno-gospodarcze w podregionie ciechanowskim, tj.: Ciechanów, Pułtusk (+3 punkty)</b><br><br><i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie/oświadczenie o miejscu zamieszkania.</i>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                                                                     | <b>Jestem osobą, która po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę została objęta w Polsce ochroną czasową (+12 punktów)</b><br><br><i>Jako załącznik przedkładam dokument potwierdzający objęcie ochroną czasową.</i>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.                                                                     | <b>Niepełnosprawność: (+3 punkty)</b><br>Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością<br><br><i>Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej.</i>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.                                                                     | <b>Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia (+10 punktów)</b><br><br><i>Jako załącznik przedkładam zaświadczenie z PUP/ZUS/potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS).</i>                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH                         |                        | <u>Nie</u><br><u>zgłaszam</u><br>specjalnych<br>potrzeb lub<br><u>nie dotyczy</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Rodzaj potrzeby                                                                             | Proszę opisać potrzebę |                                                                                   |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową                               |                        | <input type="checkbox"/>                                                          |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych                    |                        |                                                                                   |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie                                                |                        |                                                                                   |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego                                                        |                        |                                                                                   |
| Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością                                          |                        |                                                                                   |
| Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON)                                 |                        |                                                                                   |
| Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy: |                        |                                                                                   |
| Inne (jakie?)                                                                               |                        |                                                                                   |



| FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA                                               |  | <u>Nie</u><br><u>zgłaszam</u><br>potrzeb lub<br><u>nie dotyczy</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|
| Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc tłumacza na język polski): |  | <input type="checkbox"/>                                           |

| MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA<br>W SYSTEMIE: SM EFS<br>(System Monitorowania Europejskiego Funduszu<br>Społecznego Plus)<br>(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TAK                      | NIE                      | ODMAWIAM<br>PODANIA<br>DANYCH |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <b>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane).</b><br>Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karańska, łemkowska, romska, tatarska                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| <b>Jestem osobą obcego pochodzenia.</b><br>To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| <b>Jestem osobą państwa trzeciego.</b><br>Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| <b>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                               |
| <b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</b><br>Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

| Data, Miejscowość | Czytelny Podpis |
|-------------------|-----------------|
|                   |                 |



## OŚWIADCZENIA:

---

### Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Aktywność – klucz do integracji**” nr **FEMA.08.04-IP.01-01JN/23**,
- podane wyżej dane są poprawne,
- zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy/-a możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „**Aktywność – klucz do integracji**” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa i rekrutacji do projektu,
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „**Aktywność – klucz do integracji**”
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje 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 zgodności z prawdą,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju wraz z IT CONSULTING Sp. z o. o.** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o. o.** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027),
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa, służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Fundacja Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o. o.** zapewniają standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem 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),
- zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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,
  - **wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o.o.**; zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,
  - mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
  - w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,
  - mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,
  - **zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

| Data, Miejscowość | Czytelny Podpis |
|-------------------|-----------------|
|                   |                 |



## **Słowniczek pojęć:**

<sup>1</sup>**Osoba pracująca**, to osoba, która:

- a) w wieku od 15 do 89 lat, która: wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne;
- b) posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie) lub
- c) produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter.

Za osoby pracujące uznaje się również:

a) osoby prowadzące działalność na własny rachunek, czyli prowadzące działalność gospodarczą lub działalność, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;
- osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, działalności, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (na przykład: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódź czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach, konwencjach lub seminariach);
- osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracę wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego;

b) bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność członka rodziny, który jest uznawany za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”;

c) osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym, o których mowa w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).



**OŚWIADCZENIE**  
**o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów**  
**premiujących w ramach projektu:**  
**„Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| <b>Imię (imiona)</b>                        |  |
| <b>Nazwisko</b>                             |  |
| <b>PESEL lub data urodzenia<sup>1</sup></b> |  |

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria obligatoryjne oraz kryteria premiujące, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

.....  
Data i czytelny podpis

---

<sup>1</sup> Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



**OŚWIADCZENIE**  
**o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów**  
**premiujących w ramach projektu:**  
**„Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| <b>Imię (imiona)</b>                        |  |
| <b>Nazwisko</b>                             |  |
| <b>PESEL lub data urodzenia<sup>2</sup></b> |  |

Oświadczam, iż **posiadam potrzebę zapewnienia zajęć dla dziecka/dzieci oraz deklaruję udział w projekcie z dzieckiem/dziećmi w wieku szkolnym:**

| Lp. | Imię i nazwisko dziecka | PESEL | Wiek |
|-----|-------------------------|-------|------|
|     |                         |       |      |
|     |                         |       |      |
|     |                         |       |      |
|     |                         |       |      |
|     |                         |       |      |

.....  
Data i czytelny podpis

---

<sup>2</sup> Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



**OŚWIADCZENIE**  
**o miejscu zamieszkania**  
**w ramach projektu:**  
**„Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| <b>Imię (imiona)</b>                        |  |
| <b>Nazwisko</b>                             |  |
| <b>PESEL lub data urodzenia<sup>3</sup></b> |  |

Oświadczam, że jestem **osobą zamieszkującą** na terenie **podregionu ciechanowskiego** województwa mazowieckiego, tj. zamieszkuję na terenie jednego z poniższych powiatów (*właściwie zaznaczyć wpisując „X” w kratce*):

- ☐ żuromiński,
- ☐ mławski,
- ☐ płoński,
- ☐ ciechanowski, w tym:
  - ☐ miasto Ciechanów (*miasto tracące funkcje społeczno-gospodarcze*)
- ☐ pułtuski, w tym:
  - ☐ miasto Pułtusk (*miasto tracące funkcje społeczno-gospodarcze*)
- ☐ plocki, w tym:
  - ☐ miasto Płock.

.....  
Data i czytelny podpis

---

<sup>3</sup> Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.