|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **W RAMACH ZADANIA „AKADEMIA WOLONTARIATU 60+”**  **Część A- Dane i status kandydata do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr identyfikacyjny: | | | | | | | | | | | | | | Data wpływu: | | | | | | |
| Szanowni Państwo,  Dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie  z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją wypełniania.  Dziękujemy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrukcja wypełniania Formularza:   1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.   2. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**).  3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.  4. Brak wymaganych własnoręcznych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydatka zostanie poinformowana  o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza  i odstąpieniem od jego oceny.  **Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji w zadaniu „AKADEMIA WOLONTARIATU 60+”** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KI**  Wszystkie pola musza być wypełnione[[1]](#footnote-1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię/ Imiona** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | | **Wiek w chwili**  **przystąpienia**  **do projektu** | | |  | |
| **Płeć** | ⬜ kobieta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania[[2]](#footnote-2)/Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | **Nr domu** | | | | |  | | | **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | **Poczta** | | | |  | | | | | | | | |
| **Powiat** |  | | | | | | | **Województwo** | | | | | | | | |  | | | |
| **Telefon**  **kontaktowy** |  | | | | | | | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | | | | | | | | |  | | | |
| **II. STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**  Należy zaznaczyć właściwe pola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że: ⬜ wyrażam potrzebę/chęć zaangażowania się w działalność społeczną w formie wolontariatu lub pracy jako opiekun osoby starszej zależnej  ⬜ mieszkam na obszarze województwa świętokrzyskiego  ⬜ jestem osobą z niepełnosprawnościami | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamieszkuję:  ⬜ miasto  ⬜ obszar wiejski | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ponadto oświadczam, że jestem:  Osobą niepełnosprawną:  ⬜ TAK, w stopniu……………………………………………………………. (na potwierdzenie statusu należy przedłożyć kserokopię ważnego orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego), w tym  ⬜ osobą z dysfunkcją wzroku  ⬜ NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ I PREFERENCJI W PRZYPADKU OSÓB  Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**  Wypełniają wyłącznie osoby z niepełnosprawnościami. |
| **Czy Posiada Pan/i bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?**  ⬜ Tak, jakie?....................................................................................................................................  ⬜ Nie |
| **Czy ma Pan/i preferencje co do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jakie powinny być spełnione w projekcie?**  ⬜ Tak, jakie?....................................................................................................................................  ⬜ Nie |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| ⬜ Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie  z Regulaminem Projektu.  ⬜ Oświadczam, iż nie biorę udziału w innym zadaniu realizowanym ramach Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025. |

…………………………………………………………………

(Data i czytelny podpis kandydatki)

**CZEŚĆ B – Oświadczenia**

Wyrażam gotowość do udziału w zadaniu pn**. „Akademia Wolontariatu 60+”** realizowanego przez Fundację Challenge Europe, Al. IX Wików Kielc 6/17, 25-516 Kielce w ramach w ramach Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, finansowanego ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

**Oświadczam, że:**

* Zapoznałam/em się z pełną dokumentacją projektu, w szczególności z Regulaminem rekrutacji   
  i uczestnictwa w ramach zadania **”Akademia Wolontariatu 60+”**, akceptuję zawarte w nim warunki i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowienia.
* Jestem świadoma/y, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w zadaniu **„Akademia Wolontariatu 60+”** nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w zadaniu.
* Spełniam wszystkie kryteria kwalifikacyjne określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa   
  w zadaniu pt. **„Akademia Wolontariatu 60+”**.
* Zostałam poinformowana, że zadanie jest finansowane ze środków Ministra Cyfryzacji.
* W związku z przystąpieniem do zadania pn. **„Akademia Wolontariatu 60+**”, oświadczam, że nie biorę udziału w innym zadaniu realizowanym w ramach Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, finansowanego ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
* W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.
* Pouczona/y i świadoma/y odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż podane przeze mnie dane w Formularzu są zgodne   
  ze stanem faktycznym i prawnym, jestem także świadomy odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.
* Jestem świadoma/y, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkujących po stronie Realizatora projektu obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie Fundacja Challenge Europe będzie miała prawo dochodzenia ode mnie roszczeń   
  na drodze cywilnoprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (czytelny podpis uczestnika projektu) |

1. Uczestniczka/uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość,   
   w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)