|  |
| --- |
| **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)