



Wypełnia członek Zespołu projektowego	
Data wpływu:	
Nr wniosku:	

Formularz rekrutacyjny

w ramach projektu pn.: „**Żłobek Kraina Montessori – wsparcie dla rodziców powracających na rynek pracy**”

DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU – RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	
Imię:	
Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Miejsce zamieszkania (art. 25 Kodeksu cywilnego: „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu”)	Ulica:
	Nr domu:
	Nr lokalu:
	Kod pocztowy i miejscowość:
	Województwo:
Telefon kontaktowy:	
E- mail:	
Orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJA O STATUSIE NA RYNKU PRACY	
Osoba powracająca na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dziecka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotny (osoba, która w ciągu ostatnich 2 lat pozostawała w rejestrze PUP przez min. 12 m-cy) <input type="checkbox"/> Bierny (nieaktywny) zawodowo <input type="checkbox"/> Zatrudniony, przebywający na urlopie macierzyńskim <input type="checkbox"/> Przebywający na urlopie wychowawczym

INFORMACJA DOTYCZĄCE DZIECKA/DZIECI ZGŁASZANYCH DO ŻŁOBKA PRZEZ UCZESTNIKA PROJEKTU (RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA)	
Imię/imiona i nazwisko dziecka	
Data i miejsce urodzenia dziecka	
PESEL dziecka	
Adres zamieszkania dziecka	
Dodatkowe informacje	
Dziecko będzie uczęszczać do żłobka od dnia:	
Przewidywany dzienny czas pobytu dziecka	Od godz. do godz.
Czy dziecko posiada orzeczenie/a z poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy dziecko posiada orzeczenie/a o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy u Dziecka występują wady rozwojowe, stałe choroby (także zakaźne)?	
Dodatkowe informacje o dziecku mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka podczas przebywania w klubie malucha (stan zdrowia - choroby przewlekłe, alergie, ewentualne potrzeby specjalne, specjalna dieta itp.)	

1. Oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.
2. Zobowiązuję się informować o zmianach dotyczących danych osobowych.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udziału w projekcie i zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.
4. Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie formularza i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do Projektu. W razie ostatecznego zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuję się do podpisania Deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz umowy.
5. Zostałam/am poinformowany/a, o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam zgodę na upowszechnienie swojego wizerunku oraz wizerunku mojego dziecka w materiałach zdjęciowych, materiałach audiowizualnych, stronie internetowej projektu, portalu społecznościowym facebook, prezentacjach na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego. Nie będę wnosił/a żadnych roszczeń związanych z w/w publikacją.

..... (data)

..... (czytelny podpis)