



Załącznik nr 3

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w studiach podyplomowych: MBA w pomocy społecznej. Zarządzanie odpornością społeczną i usługami społecznymi w warunkach niepewności i zmian.

CZĘŚĆ I – DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

"Wsparcie instytucji zajmujących się pomocą i integracją społeczną"

Numer projektu: FERS.04.13-IP.06-0002/24

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że Projekt, do którego zgłaszam chęć udziału, jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego 2021-2027;
2. informacje podane w powyższym formularzu są zgodne z prawdą;
3. zostałem/zostałam pouczony/pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałem/zapoznałam się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w studiach podyplomowych: MBA w pomocy społecznej. Zarządzanie odpornością społeczną i usługami społecznymi w warunkach niepewności i zmian;**
5. dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w powyższym Projekcie;
6. zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w oferowanych formach wsparcia oraz do przestrzegania zapisów Regulaminu.

..... , dnia

(Miejscowość)

.....

(Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki)



CZĘŚĆ II – ANKIETA – ZAKRES DANYCH PRZEKAZYWANYCH DO SYSTEMU MONITOROWANIA (SM) EFS

"Wsparcie instytucji zajmujących się pomocą i integracją społeczną "

Numer projektu: FERS.04.13-IP.06-0002/24

UWAGA: Niniejsza ankieta jest wymagana przepisami programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. Dane są zbierane w celu monitorowania realizacji Projektu i będą przekazane do Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST2021.

DANE OSOBOWE

1. Obywatelstwo:
2. Imię (imiona):
3. Nazwisko:
4. PESEL:
5. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: lat
6. Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU: (wypełnia UK)

DANE KONTAKTOWE

7. Dane adresowe:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

8. Telefon kontaktowy:

9. Adres e-mail:



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA – INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI W MOMENCIE ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKcie (KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI)

10. Wykształcenie (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):

- ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
- ☐ wyższe (ISCED 5-8)

11. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe wpisując X w odpowiedniej kratce):

- ☐ osoba pracująca
- ☐ osoba bierna zawodowo
- ☐ osoba bezrobotna

12. Wykonywany zawód (w przypadku zaznaczenia w rubryce 11 "Osoba pracująca"):

- ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- ☐ osoba pracująca w administracji rządowej
- ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
- ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- ☐ osoba pracująca w MMP (mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)
- ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty – kadra pedagogiczna
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty – kadra niepedagogiczna
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty – kadra zarządzająca
- ☐ osoba pracująca na uczelni
- ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym



- ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- ☐ inne:

13. W tym (w przypadku zaznaczenia w rubryce 11 "Osoba bierna zawodowo"):

- ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
- ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ inne:

14. Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia:
..... (wypełnia UK w przypadku zaznaczenia w rubryce 13 "Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie")

15. W tym (w przypadku zaznaczenia w rubryce 11 "Osoba bezrobotna"):

- ☐ osoba długotrwale bezrobotna
- ☐ inne:

16. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba obcego pochodzenia: ☐ tak ☐ nie

Osoba państwa trzeciego: ☐ tak ☐ nie

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej):

☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

Osoba z niepełnosprawnościami: ☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

☐ tak ☐ nie



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OŚWIADCZENIE

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.

..... , dnia

(Miejscowość)

.....

(Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki)



CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn.

"Wsparcie instytucji zajmujących się pomocą i integracją społeczną "

o numerze **FERS.04.13-IP.06-0002/24**, oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z następującymi dokumentami:

1. **Klauzulą informacyjną Partnera Wiodącego - Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00 513 Warszawa, będącego odrębnym administratorem danych osobowych
2. **Klauzulą informacyjną Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego** z siedzibą przy ul. Wspólnej 24, 00-926 Warszawa, będącego odrębnym administratorem danych osobowych
3. **Klauzulą informacyjną Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** z siedzibą przy ul. Wspólnej 24, 00-926 Warszawa, będącego odrębnym administratorem danych osobowych
4. **Klauzulą informacyjną Uczelni Korczaka – Akademii Nauk Stosowanych** z siedzibą w Warszawie, ul. Lirowa 27, będącego odrębnym administratorem danych osobowych

..... , dnia

(Miejscowość)

.....

(Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki)