



Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY /
DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

NAZWA PROJEKTU: „POMOC kontra przemoc”

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027
nr projektu 4/FELU.08.08-IZ.00-003/23

Zgłaszam chęć uczestnictwa osoby małoletniej, dla której jestem opiekunem prawnym,
w następującej formie / następujących formach wsparcia w ramach Projektu:

Pogotowie wsparciowe dla dzieci i młodzieży:

- grupowe zajęcia Treningu Zastępowania Agresji
- grupowe zajęcia Treningu Umiejętności Społecznych
- wsparcie psychologiczne dzieci i młodzieży zgłaszających się do Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie

Należy wypełnić drukowanymi literami

DANE UCZESTNIKA (OSOBY MAŁOLETNIJ)											
OBYWATELSTWO											
RODZAJ UCZESTNIKA						<input type="checkbox"/> instytucjonalny <input type="checkbox"/> indywidualny					
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO											
PESEL											
BRAK PESEL	<input type="checkbox"/>	PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA			WYKSZTAŁCENIE			<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU											



DANE TELEADRESOWE OSOBY MAŁOLETNIJ

KRAJ											
WOJEWÓDZTWO					POWIAT						
GMINA					MIEJSCOWOŚĆ						
ULICA					NR BUDYNKU			NR LOKALU			
KOD POCZTOWY			-			OBSZAR ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> małe miasto lub przedmieście <input type="checkbox"/> obszar wiejski				
TEL. KONTAKTOWY OPIEKUNA PRAWNEGO											
ADRES E-MAIL OPIEKUNA PRAWNEGO											

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (OSOBY MAŁOLETNIJ) W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> TAK



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU
(wypełnia Realizator Projektu)**

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	
DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis opiekuna prawnego



OŚWIADCZENIE

1. **Oświadczam, że zapoznałam/-em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „POMOC kontra przemoc” oraz akceptuję jego postanowienia.**
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu „POMOC kontra przemoc” osoba małoletnia, dla której jestem opiekunem prawnym, spełnia wymogi kwalifikacyjne do Projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych.**
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis opiekuna prawnego