



Załącznik nr 4 – Nauczyciel - do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Lp.	Informacje o projekcie
1	Tytuł Projektu: „Przyszłość zaczyna się dziś”, Nr Projektu:RPMA.10.01.01-14-b716/18
3	Program Operacyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: Regionalny program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś X Edukacja dla rozwoju regionu, Działanie 10.1 Kształcenie i rozwój dzieci i młodzieży, Poddziałanie 10.1.1 Edukacja ogólna.
4	<p>Biuro projektu:</p> <p>Szkoła Podstawowa nr 1 im. Armii Krajowej w Gostyninie, 09-500 Gostynin, ul. Józefa Ozdowskiego 2, tel. 24 235 22 67</p> <p>Szkoła Podstawowa nr 3 im. Obrońców Westerplatte w Gostyninie, 09-500 Gostynin, ul. Gen. Józefa Bema 23, tel. 24 236 02 20</p> <p>Szkoła Podstawowa nr 5 im. Księcia Siemowita IV w Gostyninie, 09-500 Gostynin, ul. Polna 36, tel. 24 235 20 23</p> <p>Urząd Miasta Gostynina, 09-500 Gostynin, ul. Parkowa 22</p>

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Nazwa
Dane uczestnika/czki	1	Imię:
	2	Nazwisko:
	3	Płeć:
	4	PESEL:
	5	Nazwa Instytucji – miejsce pracy:
	6	Wykształcenie:
	7	Stopień awansu zawodowego:
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	8	Ulica:
	9	Nr domu:
	10	Nr lokalu:
	11	Miejscowość:



	12	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)* <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski *We właściwym polu postawić znak X
	13	Kod pocztowy:
	14	Województwo:
	15	Gmina:
	16	Powiat:
	17	Telefon kontaktowy:
	18	Adres poczty elektronicznej (e-mail):
	Status uczestnika/czki	19
20		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem dostępu do mieszkań * <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *We właściwym polu postawić znak X
21		Osoba z niepełnosprawnościami* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawia podania informacji *we właściwym polu postawić znak X



	22	<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *</p> <p><input type="checkbox"/> TAK **</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> odmawia podania informacji</p> <p>* we właściwym polu postawić znak X</p> <p>** do kategorii Osób z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej należy zaliczyć:</p> <ul style="list-style-type: none">• osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,• osoby z obszarów wiejskich (wg DEGURBA to obszar słabo zaludniony - kod klasyfikacji 3).
--	----	---

Upředzona/-ny o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis