 **Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

**nr projektu: WND-POKL.06.01.01-02-128/12   
pt.: Enable - Workable**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  | | |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) |  | | |
| 2 | Nazwisko |  | | |
| 3 | PESEL |  | | |
| 4 | Wykształcenie |  brak   podstawowe   średnie   pomaturalne   wyższe | | |
| 5 | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną |  tak  nie | | |
| **Dane kontaktowe** *adres kontaktowy (korespondencyjny)* | 6 | Ulica |  | | |
| 7 | Nr domu |  | | |
| 8 | Nr lokalu |  | | |
| 9 | Miejscowość |  | | |
| 10 | Obszar | ** miejski  wiejski | | |
| 11 | Kod pocztowy |  | | |
| 12 | Województwo |  | | |
| 13 | Powiat |  | | |
| 14 | Telefon stacjonarny  Telefon komórkowy |  | | |
| 15 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  | | |
| **Dane dodatkowe** | 16 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | **Bezrobotny:** | | |
|  tak | |  nie |
|  w tym osoba długotrwale bezrobotna | | |
| **Nieaktywny zawodowo:** | | |
|  tak |  nie | |
|  w tym osoba ucząca się lub kształcąca | | |
| **Zatrudniony:** | | |
|  tak |  nie | |
| *w tym:* | | |
|  rolnik | | |
|  samozatrudniony | | |
|  zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie | | |
|  zatrudniony w małym przedsiębiorstwie | | |
|  zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie | | |
|  zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie | | |
|  zatrudniony w administracji publicznej | | |
|  zatrudniony w organizacji pozarządowej | | |
| Fakt bycia osobą niepełnosprawną |  tak |  nie | |

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/łam pouczony /a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie tj.:
   1. posiadam co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy trenerskiej;
   2. posiadam doświadczenie trenerskie w pracy z osobami niepełnosprawnymi lub w zakresie prowadzenia działań na rzecz osób niepełnosprawnych;
   3. posiadam wykształcenie co najmniej średnie;
   4. mieszkam i/lub pracuję na terenie województwa dolnośląskiego;
   5. posiadam znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację;
   6. deklaruję gotowość czynnego udziału w działaniach przewidzianych w Projekcie, dedykowanych dla Multiplikatora;
   7. posiadam znajomość zagadnień związanych z pracą z osobami niepełnosprawnymi;
4. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

*Podpis uczestnika projektu: Data podpisania deklaracji:*

………………………………. ..……………………………..