

Załącznik nr 3

do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA

w jednodniowych szkoleniach w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej osobom starszym

**Oświadczenie o spełnieniu warunków kwalifikowalności**

**Zakres danych koniecznych do wprowadzenia w Systemie Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego (SM EFS)**

**Dane projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | Tworzenie lokalnych systemów wsparcia dla seniorów |
| Nr projektu | FSW.09.04-IZ.00-0003/24 |
| Priorytet 9 | Usługi społeczne i zdrowotne |
| Działanie 9.4 | Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych |

**Dane uczestnika projektu, który otrzymał wsparcie w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

**Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć ”X”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMIĘ** | **NAZWISKO** | **PESEL** |
|  |  |  |
| **PŁEĆ** | **OBYWATELSTWO** | **WYKSZTAŁCENIE** |
| □ **Kobieta**□ **Mężczyzna** |  | □ **Średnie I stopnia lub niższe**□ **Ponadgimnazjalne lub policealne**□ **Wyższe** |

**DANE TELEADRESOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRAJ** | **WOJEWÓDZTWO** | **POWIAT** |
|  |  |  |
| **GMINA** | **MIEJSCOWOŚĆ** | **KOD POCZTOWY** |
|  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** | **ADRES E-MAIL** |
|  |  |

**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 MARGINALIZOWANE)**  | □ **TAK**□ **NIE**□ **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ** | □ **TAK**□ **NIE** |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI** | □ **TAK**□ **NIE**□ **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU** | □ **OSOBA PRACUJĄCA**□ **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**□ **OSOBA BEZROBOTNA** |

 ……………………………………………………..

(data i podpis Uczestnika projektu)