**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ**  |  **K** 🞏 **M** 🞏 |
| **NAZWISKO** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **ZACZNIJ OD NOWA** |
| **NR PROJEKTU** | **RPOP.08.02.00-16-0033/19** |

**Będąc świadomym/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 k.k. za podanie nieprawidłowych danych i/lub złożenie nieprawdziwego oświadczenia i/lub zatajenie prawdy oświadczam, że w chwili dokonania zgłoszenia udziału w projekcie:**

Proszę zakreślić odpowiednie kwadratowe pola znakiem „X” w obszarach TAK/NIE.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Ukończyłem/ukończyłam **18 rok życia.** |
| **2.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Jestem osobą zamieszkującą **tereny Województwa Opolskiego**. |
| **3.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Jestem osobą zamieszkującą **tereny miasta tracącego funkcje społeczno-gospodarcze, tj. Nysa, Strzelce Opolskie.** |
| **4.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  **Jestem osobą bezrobotną,** tj. osobą pozostającą bez pracy, aktywnie poszukującą i gotową do podjęcia zatrudnienia. |
| **5.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą długotrwale bezrobotną,** czyli osobą, która pozostaje **bezrobotna nieprzerwanie przez okres minimum 12 miesięcy.** |
| **6.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą bierną zawodowo, przebywającą na urlopie wychowawczym**, tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną zgodnie z powyższą definicją).[[1]](#footnote-1) |
| **7.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą niepełnosprawną** i posiadam odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia.[[2]](#footnote-2) |
| **8.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikującą się co objęcia danym wsparciem zgodnie,** tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej. |
| **9.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej** lub **opuszczającą pieczę zastępczą** lub **jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności** w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dn. 09.06.2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. |
| **10.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem członkiem gospodarstwa domowego** sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków rodziny nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną. |
| **11.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.**Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.  |
| **12.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. |
| **13.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Zamieszkuję obszar wiejski[[3]](#footnote-3).** |
| **15.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem rolnikiem ubezpieczonym** lub **domownikiem rolnika ubezpieczonym w KRUS** (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.) |
| **16.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa.** **Przyjmuję do wiadomości , że mój udział w projekcie jest możliwy pod warunkiem odejścia z systemu KRUS do ZUS.** |
| **17.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem osobą posiadającą niskie kwalifikacje**, tj. posiadającą wykształcenie na poziomie ponadgimnazjalnym włącznie (ISCED 3). |
| **18.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Ukończyłem/ukończyłam do chwili obecnej **50 rok życia.** |
| **22.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem** zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy. |
| **23.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Wyrażam chęć podniesienia, uzupełnienia i potwierdzenia moich **kwalifikacji zawodowych.** |
| **24.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Wyrażam zdolność i chęć podjęcia zatrudnienia** w pełnym wymiarze czasu pracy. |
| **25.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie** „Zacznij od nowa”nr RPOP.08.02.00-16-0033/19, realizowanego przez Nestor Group Bartosz Berkowski, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |
| **26.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku** (zdjęcia, nagrania filmowe) **w celach dokumentacyjnych, informacyjnych i promocyjnych projektu** oraz dla Instytucji Pośredniczącej i Instytucji Zarządzającej. Jednocześnie jestem świadom/a, że **wszelkie dobra płynące z komercyjnego wykorzystania mojego wizerunku nie będą miały miejsca, a dostępu do nich nie będą miały osoby trzecie poza ww.** (zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 04.02.1994r., Dz. U. Nr 24, poz. 83, z późn. zm.) |
| **27.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w dokumentacji** z indywidualnych zajęć doradczych i psychologicznych. Jednocześnie jestem świadom/a, że wszelkie pozyskane informacje **będą przechowywane z wysoką starannością i poszanowaniem wszelkich standardów etyki, wyłączając z dostępu do nich osoby trzecie.** |
| **28.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Zapoznałem/am się z Regulaminem** uczestnictwa w projekcie i zobowiązuję się do jego przestrzegania. |
| **29.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Zostałem/am poinformowany/a** o tym, że **projekt jest współfinansowany** ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |
| **30.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Deklaruję swój systematyczny udział** (w minimalnym 80% wymiarze) na każdej z form wsparcia przewidzianych w projekcie. |
| **31.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Zobowiązuję się do **udzielania informacji na temat moich losów zawodowych** w trakcie trwania wsparć w ramach projektu, w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, a także nie później niż po upływie 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie, informacji na temat **udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji**. Dane te będą wykorzystywane do sporządzania sprawozdań, monitoringu i ewaluacji oceny rzeczywistych procesów zachodzących na rynku pracy w województwie śląskim oraz oceny efektywności prowadzonego wsparcia. |
| **32.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Zobowiązuję się do** **niezwłocznego informowania o zmianach** pojawiających się w moich danych osobowych, statusie na rynku pracy, miejscu zamieszkiwania, oraz wszelkich zmianach mających wpływ na powyższe oświadczenie i kwalifikowalność do projektu *Ku godnemu zatrudnieniu.* |
| **33.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Przyjmuję do wiadomości**, że złożony Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika/Uczestniczki **nie jest** **jednoznaczny z przyjęciem mnie do projektu**. |
| **34.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | Oświadczam, że nie korzystam ze wsparcia oferowanego w innych projektach finansowanych **ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS**. |
| **35.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE | **Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą**. |

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………………………** | **……………………………………………………………………** |
| **(Miejscowość, data)** | **(Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki)** |

1. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z. 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

3Obszar wiejski wg klasyfikacji DEGRUBA – 300 osób/km2 na obszarze, na którym minimalna liczna ludności wynosi 5000 mieszkańców. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)