





17	Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś <b>d</b> ) zaznacz właściwe: a) osoba pracująca w administracji rządowej b) osoba pracująca w administracji samorządowej c) osoba pracująca w MMŚP d) osoba pracująca w organizacji pozarządowej e) osoba prowadząca działalność na własny rachunek f) osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie g) inne
18	Wykonywany zawód - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś <b>d</b> ) zaznacz właściwe: a) instruktor praktycznej nauki zawodu b) nauczyciel kształcenia ogólnego c) nauczyciel wychowania przedszkolnego d) nauczyciel kształcenia zawodowego e) pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia f) kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej g) pracownik instytucji rynku pracy h) pracownik instytucji szkolnictwa wyższego i) pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej j) pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej k) pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej l) inny
19	Miejsce zatrudnienia - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś <b>d</b> ), wpisz wtedy nazwę pracodawcy:
20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
21	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
22	Osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.

.....

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego



**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: uzyskuję dochody poniżej min. socjalnego<sup>1</sup>**

.....  
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego<sup>2</sup>**

.....  
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności....., wydane przez ....., w dniu .....<sup>3</sup>, które **stanowią załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.**

.....  
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: wiek uczestnika projektu został zweryfikowany na podstawie dokumentu tożsamości** w dniu .....

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

<sup>1</sup> Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

<sup>2</sup> Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

<sup>3</sup> Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”