

Oświadczenie o spełnieniu warunków kwalifikowalności

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

Dane projektu

Tytuł projektu	„Szansa na lepsze jutro
Nr projektu	FSW.09.04-IZ.00-0052/24
Priorytet 9	Usługi społeczne i zdrowotne
Działanie 9.4	Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych

Dane kandydata do projektu, który zgłasza chęć udziału w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego na lata 2021 -2027

Formularz prosimy wypełnić drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć "X"

IMIĘ	NAZWISKO	PESEL
PLEĆ	OBYWATELSTWO	WYKSZTAŁCENIE
<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
<input type="checkbox"/> CHORY / NIESAMODZIELNY		<input type="checkbox"/> OPIEKUN FAKTYCZNY

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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA <input type="checkbox"/> OSOBA BIERNA ZAWODOWO <input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA

.....

Data i Podpis