



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi, pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X** przy wybranej pozycji.

|                                                                                     |                                             |                   |     |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|-----|-------------------|
| Nr projektu grantowego                                                              | <b>32/2026/KM</b>                           |                   |     |                   |
| Nazwa grantobiorcy                                                                  | <b>Centrum Kultury w Lubieniu Kujawskim</b> |                   |     |                   |
| Okres realizacji projektu objętego grantem                                          | OD:                                         | <b>01.08.2026</b> | DO: | <b>31.05.2027</b> |
| Potwierdzam:<br>- wiek uczestnika projektu wskazany w formularzu<br>- status ucznia | .....<br><i>Podpis Grantobiorcy</i>         |                   |     |                   |

| DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU |                              |                           |           |                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------|--------------------------|
| Imię/Imiona                                   |                              |                           |           |                          |
| Nazwisko                                      |                              |                           |           |                          |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu       |                              |                           |           |                          |
| Data urodzenia                                |                              | Miejsce urodzenia         |           |                          |
| PESEL/inny identyfikator                      |                              |                           |           |                          |
| Brak PESEL                                    | <input type="checkbox"/> TAK |                           |           |                          |
| Płeć                                          | KOBIETA                      | <input type="checkbox"/>  | MĘŻCZYZNA | <input type="checkbox"/> |
| Adres zamieszkania <sup>1</sup>               |                              |                           |           |                          |
| Ulica                                         |                              |                           |           |                          |
| Nr domu                                       |                              | Nr lokalu (jeśli dotyczy) |           |                          |
| Miejscowość                                   |                              | Kod pocztowy              |           |                          |
| Gmina                                         |                              | Powiat                    |           |                          |

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U.2024.0.1061 t.j „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



|                                                                                                                                                         |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Województwo                                                                                                                                             |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Kraj                                                                                                                                                    |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Obywatelstwo                                                                                                                                            |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Telefon: (w przypadku osób nieletnich uzupełnić kontakt do rodzica/opiekuna prawnego)                                                                   |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Adres e-mail (w przypadku osób nieletnich uzupełnić kontakt do rodzica/opiekuna prawnego)                                                               |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu (Należy podać informacje wyłącznie dla jednego statusu zakreślając właściwe odpowiedzi) |                                |                                                                                                                                                                |                          |                          |
| Jestem osobą bezrobotną                                                                                                                                 |                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                      |                          |                          |
| Jestem osobą bierną zawodowo<br>W tym osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie                                                                          |                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                      |                          |                          |
| Jestem osobą pracującą                                                                                                                                  |                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                      |                          |                          |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu                                                                                           | Osoba w niekorzystnej sytuacji | STATUS                                                                                                                                                         | TAK                      | NIE                      |
|                                                                                                                                                         |                                | Pochodzenie z rodziny wielodzietnej (przez wielodzietność rodziny należy rozumieć rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci);                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                         |                                | Trudna sytuacja materialna wynikająca z niskich dochodów na osobę w rodzinie (na podstawie progów określonych każdorazowo w regulaminie przyznawania grantów); | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  | Niepełnosprawność lub posiadanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | Objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | Wychowywanie przez samotnego rodzica lub przebywanie w pieczy zastępczej rodzinnej lub instytucjonalnej;                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | Zamieszkiwanie na obszarze (gmina/powiat) o niskim stopniu urbanizacji (DEGURBA 3                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | Zamieszkiwanie na obszarze zmarginalizowanym (gminy zagrożone trwałą marginalizacją – metodologia MFiPR, gminy na obszarze których występują problemy – metodologia SRW 2030+ lub miasta średnie tracące funkcje społeczno-gospodarce – metodologia MFiPR). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | Inne przesłanki wynikające z diagnozy osób w niekorzystnej sytuacji ujętej w LSR.                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|  |                                                         |                                                                                             |                          |                          |
|--|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Szczególna sytuacja<br>Uczestnika/Uczestniczki projektu | Osoba z krajów trzecich                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                                                         | Osoba obcego pochodzenia                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                                                         | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                                                         | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                                                         | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Osoba z niepełnosprawnościami:**

Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź.

|                              |                              |                                            |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|

**POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI**

Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. Należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. Jeżeli TAK, proszę opisać szczególne potrzeby

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

**Potrzeby:**



Załączam dokumenty:

ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW:

| Lp. | Nazwa dokumentu                                                                                                                                   | Data dokumentu |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1.  | Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego                                                                                                            |                |
| 2.  | Dokument zobowiązaniowy wystawiony na rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku osoby niepełnoletniej) lub uczestnika zawierające adres zamieszkania |                |
|     |                                                                                                                                                   |                |
|     |                                                                                                                                                   |                |

Dokumenty przedłożone do wglądu Grantobiorcy:

| Lp. | Legitymacja szkolna |
|-----|---------------------|
|     |                     |

**OŚWIADCZENIA:**

1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem
3. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem

.....  
Miejscowość i Data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam  
prawidłowość danych zawartych w formularzu Dane uczestnika projektu EFS+

\_\_\_\_\_  
data i podpis przedstawiciela Grantobiorcy

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: .....