



Załącznik nr 1. do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKADEMIA CYFRZAKÓW”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY  
KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Data wpływu dokumentu do biura projektu ..... Numer kancelaryjny .....

<b>Realizator projektu</b>	Fundacja Synergium
<b>Nazwa projektu</b>	„AKADEMIA CYFRZAKÓW”
<b>Numer projektu</b>	FELU.10.03-IZ.00-0063/23
<b>Program operacyjny</b>	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
<b>Priorytet</b>	X Lepsza edukacja
<b>Działanie</b>	10.3 Kształcenie ogólne

Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

<b>A. INFORMACJE PODSTAWOWE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU</b>											
<b>IMIĘ (IMIONA) UCZNIĄ</b>										<b>PŁEĆ K/M</b>	
<b>NAZWISKO UCZNIĄ</b>											
<b>PESEL UCZNIĄ</b>											
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)										
<b>OBYWATELSTWO</b>	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE										
	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/ bezzaświadczenia										
<b>KRYTERIUM GRUPY DOCELOWEJ ODNOSZĄCE SIĘ DO BYCIA UCZNIEM SZKOŁY PODSTAWOWEJ Z TERENU GMINY ZAGROŻONEJ TRWAŁĄ MARGINALIZACJĄ - GMINY NOWODWÓR/ GMINY KŁOCZEW/ GMINY SEROKOMLA, ZAMIESZKANIA KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO</b>											
<i>*niespełnienie kryterium wiąże się z brakiem możliwości udziału w projekcie</i>											
<b>PEŁNA NAZWA I ADRES SZKOŁY W KTÓREJ UCZEŃ SIĘ KSZTAŁCI * OBLIGATORYJNIE należy dołączyć zaświadczenie potwierdzające status ucznia szkoły podstawowej</b>										<b>Klasa</b>	.....
<b>DANE TELEADRESOWE/ ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>											
<b>Ulica</b>											
<b>Nr domu</b>					<b>Numer lokalu</b>						
<b>Miejscowość</b>											

<sup>1</sup> Zgodnie z art.25 Kodeksu Cywilnego- miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu



Kod pocztowy	___ - ___ - ___	Gmina	
Powiat		Województwo	
<b>DANE KONTAKTOWE<sup>2</sup></b>			
Telefon komórkowy rodzica/ opiekuna prawnego ucznia			
Adres email rodzica/opiekuna prawnego ucznia			
<b>B. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU</b>			
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 marginalizowanych takich jak np. Romowie)	<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 <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

<b>C. POTRZEBY/ USPRAWNIENIA DLA UCZESTNIKA PROJEKTU</b>	
<b>Potrzeby i bariery Kandydata na Uczestnika Projektu wynikające z niepełnosprawności, bycia osobą o specjalnych potrzebach rozwojowych, edukacyjnych, innych istotnych powodów</b>	Specyficzne wymagania/ potrzeby związane z udziałem w projekcie uczestnika niepełnosprawnego/ o specjalnych potrzebach rozwojowych, edukacyjnych, z innych istotnych powodów, dotyczące m.in. dostępności, w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu prowadzenia zajęć, dostępności przekazywanych treści, przekazywania materiałów w formie dostępnej (np. większa czcionka, kontrast), stosowania różnych rodzajów przekazu informacji, w zakresie wyżywienia, zapewnienia asystenta osoby z niepełnosprawnością, itp.
<input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>	

<sup>2</sup> Należy podać minimum jeden sposób kontaktu: telefon kontaktowy lub adres e-mail.

<sup>3</sup> osoba z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

**D. OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIUM GRUPY DOCELOWEJ***\*niespełnienie minimum jednego z niżej wymienionych kryteriów (od 1 do 8)**wiąże się z brakiem możliwości udziału w projekcie***Uprowadzony/-a o odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam status ucznia znajdującego się w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej:**

<b>1. Posiadanie przez ucznia orzeczenia o niepełnosprawności</b> w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r., poz. 100, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2. Posiadanie przez ucznia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego</b> , wydane przez publiczną poradnię psychologiczno –pedagogiczną wydane na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2021 r., poz. 1082, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>3. Pochodzenie ucznia z rodziny wielodzietnej</b> , tj. mającej na utrzymaniu troje lub więcej dzieci: – w wieku do ukończenia 18. roku życia, – w wieku do ukończenia 25. roku życia - w przypadku, gdy dziecko uczy się w szkole, do dnia 30 września następującego po końcu roku szkolnego, w którym jest planowane ukończenie nauki lub w przypadku, gdy dziecko uczy się w szkole wyższej - do końca roku akademickiego, w którym jest planowane ukończenie nauki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>4. Posiadanie przez ucznia statusu osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczającej pieczę zastępczą</b> , o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Posiadanie przez ucznia statusu dziecka pozbawionego całkowicie, częściowo lub okresowo opieki rodzicielskiej</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>6. Wychowywanie się w rodzinie niepełnej</b> Rodzina niepełna- rodzina z jednym rodzicem i dzieckiem/dziećmi, mieszkający w tym samym gospodarstwie domowym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>7. Pobieranie przez jedno z rodziców/opiekunów prawnych</b> (w okresie zasiłkowym obejmującym miesiąc rozpoczęcia udziału w projekcie) <b>świadczeń rodzinnych</b> na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych i wobec którego, w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>8. Posiadanie przez ucznia doświadczenia migracji</b> Osoby z doświadczeniem migracji- grupa uczniów z doświadczeniem migracji jest zróżnicowana. Mieszcza się w niej dzieci/uczniowie obcokrajowców: uchodźców i imigrantów oraz emigrantów, w tym czasowo przebywające za granicą i tam realizujące obowiązek szkolny, a następnie powracające do Polski oraz pozostające w Polsce, których rodzice/rodzic wyemigrowali najczęściej zarobkowo za granicę. Każda z tych grup uczniów ujawnia specjalne potrzeby edukacyjne, które zabezpieczyć powinny zostać w ramach systemu kształcenia w Polsce.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....  
Miejscowość i data.....  
Czytelny podpis kandydata.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\***\* Podpis rodzica/opiekuna prawnego wymagany z uwagi na niepełnoletność kandydata na Uczestnika Projektu.**



## OŚWIADCZENIE

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

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału /chęć udziału osoby, której jestem rodzicem/opiekunem prawnym w projekcie „AKADEMIA CYFRZAKÓW” nr FELU.10.03-IZ.00-0063/23, dofinansowanym w ramach Priorytetu X Lepsza edukacja, Działania 10.3 Kształcenie ogólne Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Zgodnie z danymi zawartymi w złożonym formularzu zgłoszeniowym Kandydat na Uczestnika Projektu jest osobą: zamieszkującą na terenie województwa lubelskiego, uczącą się w szkole podstawowej znajdującej się na terenie gminy Nowodwór, gminy Kłoczew lub gminy Serokomla i spełniającą minimum jedną przesłankę ucznia znajdującego się w niekorzystnej sytuacji społeczno- ekonomicznej wymienioną w CZĘŚCI D niniejszego dokumentu.

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „AKADEMIA CYFRZAKÓW” i akceptuję jego warunki. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do przestrzegania praw i obowiązków uczestnika projektu określonych w niniejszym Regulaminie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021- 2027.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
4. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia zaplanowanym w ramach projektu, tj. we wszystkich zaplanowanych dla uczestnika zajęciach, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia realizowane w ramach projektu mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych (w tym w szczególności osobowych, kontaktowych, dot. spełnienia kryteriów grupy docelowej) wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
7. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
8. Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oraz świadomy/a tej odpowiedzialności oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
9. Nie biorę udziału/osoba, której jestem rodzicem/opiekunem prawnym nie bierze udziału w innych projektach dofinansowanych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
10. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis kandydata*

.....  
*Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\**

**\* Podpis rodzica/opiekuna prawnego wymagany z uwagi na niepełnoletność kandydata na Uczestnika Projektu.**