



Załącznik nr 2

**FORMULARZ REKRUTACYJNY NAUCZYCIELA**  
**do projektu *Szkoła Nowych Możliwości 4***  
**FEKP.08.17-IZ.00-0012/23**

Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 08.17 Kształcenie zawodowe, na podstawie umowy nr UM\_WR.433.3.123.2024 z dnia 23 sierpnia 2024 r.

**DATA WPŁYWU FORMULARZA**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DZIEŃ      MIESIĄC      ROK  
(wypełnia osoba przyjmująca formularz)

DANE OSOBOWE		
Imię i nazwisko		
PESEL		
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia		
Obywatelstwo		
ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup> / DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Numer budynku/Numer lokalu	Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	

**STATUS UCZESTNIKA – PRACOWNIK**

- Oświadczam, że jestem pracownikiem Technikum Mundurowego w Toruniu lub Branżowej Szkoły I Stopnia Rzemiosła i Przedsiębiorczości w Toruniu (ul. Żółkiewskiego 37/41, 87-100 Toruń) lub Technikum Mundurowego w Grudziądzu (al. 23 Stycznia 24, 86-300 Grudziądz).
- Wykonywany zawód: nauczyciel.
- Oświadczam, że posiadam wykształcenie wyższe.

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu

Lp.	Forma wsparcia	Proszę zaznaczyć X przy wsparciu, w którym wyraża się chęć udziału
1.	Studia podyplomowe	
2.	Kurs lub szkolenie	

STATUS SPOŁECZNY		
Osoba z krajów trzecich <sup>2</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba obcego pochodzenia <sup>3</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>4</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>5</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <sup>6</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych (takich jak np. Romowie).		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI

<sup>2</sup> Każda osoba niebędącą obywatelem kraju UE.

<sup>3</sup> Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>4</sup> Osoby bezdomne lub żyjące w ekstremalnych formach wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową, bez miejsca zamieszkania, w niezabezpieczonym zakwaterowaniu, nieodpowiednich warunkach mieszkaniowych.

<sup>5</sup> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 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 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

<sup>6</sup> Osoby w niekorzystnej sytuacji, zagrożone wykluczeniem społecznym tj.: pochodzące z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEURBA 3), byli więźniowie, narkomani itp.



Lp.	Szczególne potrzeby	Proszę wpisać
1.	Na przykład: żywnościowe, związane z zapewnieniem tłumacza języka migowego, pętli indukcyjnej, materiałów w alfabecie Braille'a.	

#### OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **Szkoła Nowych Możliwości 4** i akceptuję jego warunki.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego do projektu.
- Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.
- Informacje w formularzu są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania realizatora Projektu o zmianach jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
- Oświadczam, iż w chwili zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję systematyczny i aktywny udział w oferowanych formach wsparcia oraz usprawiedliwiania nieobecności.

Upředzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....  
(miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej formularz)