



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE: PROJEKTUJEMY PRZYSZŁOŚĆ

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 oraz z budżetu państwa, na podstawie umowy o dofinansowanie nr FEDS.07.08-IP.02-0046/25-00 z 24.04.2026. Beneficjent projektu: Gmina Wrocław

DEKLARACJA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y
(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu)

zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie i deklaruję udział w formach wsparcia wynikających z indywidualnej ścieżki reintegracji przyjętej dla projektu.

Równocześnie oświadczam, że:

1. Spełniam kryterium grupy docelowej projektu – przebywam w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 2 we Wrocławiu.
2. Zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, opublikowanym na stronie internetowej MOS i dostępnym w biurze projektu w MOS oraz akceptuję jego zapisy.
4. Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, w związku z przyznaniem wsparciem w projekcie.
5. Nie uczestniczę jednocześnie w innych projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.

Wrocław, data

.....
data, czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu

DEKLARACJA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/OPIEKUNKI PRAWNEJ/DYREKTORA PLACÓWKI

Ja, niżej podpisana/y:
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/opiekunki prawnej/Dyrektora placówki)

wyrażam zgodę na udział w projekcie mojego dziecka/podopiecznego/podopiecznej

.....
(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu)

Równocześnie oświadczam, że:

1. Moje dziecko/podopieczna/podopieczny spełnia kryterium grupy docelowej projektu – przebywa w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 2 we Wrocławiu.
2. Zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zapoznałam/em się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, opublikowanym na stronie internetowej MOS i dostępnym w biurze projektu w MOS oraz akceptuję jego zapisy.

Wrocław, data.....

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/opiekunki prawnej/Dyrektora placówki

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DO PROJEKTU

Osoba spełnia wymagane kryteria kwalifikowalności i zostaje przejęta jako uczestnik / uczestniczka do projektu **TAK / NIE**

Wrocław, data.....

.....
czytelny podpis Dyrektora placówki

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

Ja, niżej podpisana/y:
(imię i nazwisko uczestnika/uczestniczki projektu)

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/opiekunki prawnej/Dyrektora placówki)

uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za założenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że niżej podane dane są zgodne z prawdą.

DANE UCZESTNIKA			
OBYWATELSTWO:			
Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec	TAK	NIE	
UCZESTNIK INDYWIDUALNY - TAK			
IMIĘ:			
NAZWISKO:			
PESEL:			
INNY IDENTYFIKATOR: w przypadku braku PESEL			
PŁEĆ:			
WYKSZTAŁCENIE:			
Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)	TAK	NIE	
Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)	TAK	NIE	
Wyższe (ISCED 5–8)	TAK	NIE	
DANE TELEADRESOWE			
KRAJ: Polska			
WOJEWÓDZTWO: dolnośląskie			
POWIAT: Wrocław			
GMINA: Wrocław			
MIEJSCOWOŚĆ: Wrocław			
KOD POCZTOWY: 50-551			
OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI (DEGBURA) pole uzupełniane automatycznie po wpisaniu miejscowości			
TELEFON KONTAKTOWY: 717984384			
ADRES E-MAIL: sekretariat.zpo3@wroclawskaedukacja.pl			
STATUS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba obcego pochodzenia	TAK	NIE	
Osoba państwa trzeciego	TAK	NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	TAK	NIE	ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK	NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK	NIE	ODMOWA PODANIA ODPOWIEDZI
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
OSOBA PRACUJĄCA		NIE	
OSOBA BEZROBOTNA		NIE	
OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA		NIE	
OSOBA BIERNA ZAWODOWO – to nie jest osoba pracująca ani nie jest osoba bezrobotna, tzn. nie jest zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, np. - studenci studiów stacjonarnych – niepracujący i niezarejestrowani w PUP - dzieci i młodzież do 18 r.ż. pobierające naukę – niepracujące i niezarejestrowane w PUP - doktoranci – niepracujący, niezarejestrowani w PUP - emeryci, renciści - niepracujący, niezarejestrowani w PUP	TAK		
Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	TAK		

Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia:

Wrocław, data

.....
czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/opiekunki prawnej/Dyrektora placówki

POZOSTAŁE DANE MONITOROWANE I UZUPEŁNIANE W SYSTEMIE SM2021
SZCZEGÓŁY WSPARCIA
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE
DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE
SYTUACJA OSOBY W MOMENCIE ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE
osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek osoba podjęła kształcenie lub szkolenie osoba uzyskała kwalifikacje osoba nabyła kompetencje osoba kontynuuje kształcenie osoba kontynuuje zatrudnienie osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka osoba poszukuje pracy osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie sytuacja w trakcie monitorowania sytuacja społeczna osoby uległa poprawie inne
ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU OSOBY W PROJEKCIE ZGODNIE Z ZAPLANOWANĄ DLA NIEJ ŚCIEŻKĄ UCZESTNICTWA
ZAKRES WSPARCIA
usługi społeczne ekonomia społeczna rozwój umiejętności/kompetencji/kwalifikacji cyfrowych rozwój podstawowych umiejętności/kompetencji zdrowie
RODZAJ PRZYZNANEGO WSPARCIA
krajowe szkolenie/kurs program zdrowotny usługa zdrowotna krajowy staż/praktyka staż/praktyka w organizacji pozarządowej usługa wsparcia ekonomii społecznej usługa społeczna zagraniczna wizyta studyjna zagraniczna konferencja/seminarium doradztwo/konsultacje, w tym: doradztwo zawodowe pomoc psychologiczna doradztwo/pomoc prawna inne krajowa wizyta studyjna krajowa konferencja/seminarium inne studia/ kształcenie podyplomowe usługa rozwojowa instrument finansowy
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU