



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita  
Polska



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pt. „Klub Młodzieżowy Kowalewo Pomorskie TEAM”

Informacje wypełniane przez pracownika projektu:	
Data i godzina wpływu Formularza zgłoszeniowego (wraz ze wszystkimi załącznikami) do biura projektu:	
Podpis osoby przyjmującej formularz zgłoszeniowy (wraz ze wszystkimi załącznikami):	

### 1) Dane personalne osoby składającej formularz zgłoszeniowy

<b>Imię / Imiona:</b>												
<b>Nazwisko:</b>												
<b>Data urodzenia:</b>												
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu:</b>												
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna											
<b>Nr PESEL:</b>	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
<b>Telefon kontaktowy:</b>												
<b>Adres e-mail:</b>												



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita  
Polska



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

Adres zamieszkania <sup>1</sup> :			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	<b>87-410</b>	Miejscowość:	
Gmina:	<b>Kowalewo Pomorskie</b>	Powiat:	<b>Golubsko-Dobrzyński</b>
Województwo:	<b>Kujawsko-Pomorskie</b>	Kraj:	<b>Polska</b>
Jestem osobą zamieszkującą obszar Lokalnej Strategii Rozwoju dla Lokalnej Grupy Działania „Dolina Drwęcy”, TJ. POWIAT GOLUBSKO-DOBZYŃSKI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Jestem osobą uczącą się w wieku od 6 do 24 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Szczególna sytuacja Kandydata projektu			
Jestem osobą z niepełnosprawnością Kandydat 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi		

<sup>1</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita  
Polska



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.	
Pytanie dotyczy specjalnych potrzeb, 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. Jeżeli osoba wymaga specjalnych potrzeb proszę zaznaczyć TAK i opisać specjalne potrzeby.	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Potrzeby (jeśli dotyczy) .....	
Pochodzenie z rodziny wielodzietnej (przez wielodzietność rodziny należy rozumieć rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Trudna sytuacja materialna wynikająca z niskich dochodów na osobę w rodzinie (na podstawie progów określonych każdorazowo w Regulaminie naboru wniosków)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność lub posiadanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wychowywanie przez samotnego rodzica lub przebywanie w pieczy zastępczej rodzinnej lub instytucjonalnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zamieszkiwanie na obszarze (gmina/powiat) o niskim stopniu urbanizacji (DEGURBA 3)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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-gospodarcze – metodologia MFiPR)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne przesłanki wynikające z diagnozy osób w niekorzystnej sytuacji ujętej w LSR	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

## 2) Kryteria warunkujące udział w projekcie

Lp.	Kryterium	TAK	NIE
1.	Zamieszkuje na obszarze LSR (10 punktów)		
2.	Jestem osobą w wieku od 6 do 24 lat (10 punktów)		



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita  
Polska



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

3.	Jestem osobą uczącą się, posiadam status ucznia <sup>2</sup> (10 punktów)		
----	---	--	--

### 3) Szczególna sytuacja Uczestnika/Uczestniczki projektu

*Odniesienie się do poniższych kryteriów nie jest obowiązkowe i nie powoduje ograniczenia dostępu do udziału w projekcie*

Lp.	Stwierdzenie	
1.	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Osoba z niepełnosprawnościami <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

#### JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Nie jestem/ jestem\* uczestnikiem/uczestniczką innego projektu objętego grantem realizowanym w ramach naboru nr 1/2025/G/EFS+.

\* niewłaściwe przekreśl, pamiętaj, że zgodnie z regulaminem naboru możesz być uczestnikiem tylko jednego projektu objętego grantem w ramach naboru nr 1/2025/G/EFS+

<sup>2</sup> Weryfikowany na podstawie zaświadczenia ze szkoły/ placówki lub ważnej legitymacji szkolnej.

<sup>3</sup> (Dane osobowe szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679)

<sup>4</sup> (Dane osobowe szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679)



Fundusze Europejskie  
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita  
Polska



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

2. Zezwalam na rozpowszechnianie wizerunku dziecka na warunkach określonych w regulaminie projektu.  
 TAK       NIE
3. Zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji w projekcie objętym grantem pn. „Klub Młodzieżowy Kowalewo Pomorskie TEAM” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
4. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa/uczestnictwa mojego dziecka w projekcie pn. „Klub Młodzieżowy Kowalewo Pomorskie TEAM” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

### Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

1. Dokumenty potwierdzające zamieszkanie na obszarze LSR - weryfikowane na podstawie wystawionych na rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku osoby niepełnoletniej) lub uczestnika i jego adres zamieszkania dokumentów, np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu. W uzasadnionych przypadkach, za zgodą IZ - oświadczenie.
2. Dokument potwierdzający status ucznia w tym zaświadczenie ze szkoły/placówki lub kopia ważnej legitymacji.
3. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności. \*

*\*niewłaściwe przekreślić*

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej (wynikającej z Kodeksu Karnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.

---

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

---

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU  
(W PRZYPADKU OSOBY PEŁNOLETNIEJ)  
LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
(W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ)