



Fundusze Europejskie  
dla Małopolski

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**MAŁOPOLSKA**

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

### FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „KIS – aktywni razem!”

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027

#### Wypełnia Pracownik Biura Projektu:

Numer identyfikacyjny formularza .....

Data wpływu formularza .....

Podpis osoby przyjmującej formularz .....

#### Wypełnia Kandydat / Kandydatka:

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO ZNAJDUJE SIĘ NA KOŃCU DOKUMENTU

#### I. DANE OSOBOWE KANDYDATA / KANDYDATKI (proszę wypełnić wszystkie pola)

Nazwisko														
Imię														
PESEL													Wiek	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna						Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności <sup>1</sup>				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			

<sup>1</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z póź. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr. 231, poz.1375). Osoby niepełnosprawne składają kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia wraz z oryginałem do wglądu.



Miejsce zamieszkania <sup>2</sup> /Dane kontaktowe					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu
Miejscowość			Powiat		
Gmina			Województwo		
Kod pocztowy		-	Poczta		
Telefon kontaktowy					
Adres poczty elektronicznej (e-mail)					
Wykształcenie					
<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)					
<input type="checkbox"/> Podstawowe - poziom ISCED 1 (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)					
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne - poziom ISCED 2 (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)					
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - poziom ISCED 3 (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)					
<input type="checkbox"/> Policealne - poziom ISCED 4 (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)					
<input type="checkbox"/> Wyższe - poziom ISCED 5 - 8 (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe – uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)					

<sup>2</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



## II. STATUS KANDYDATA / KANDYDATKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest Pani / Pan osobą <b>pozostającą bez zatrudnienia</b> ?	
(odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, proszę wskazać właściwe pole:	
<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna</b> , w tym: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy - wymagane urzędowe zaświadczenie z Urzędu Pracy;</li><li><input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy – wymagane zaświadczenie z ZUS (US-7);</li><li><input type="checkbox"/> bezrobotna długotrwale tj. to osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze urzędów pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych - wymagane urzędowe zaświadczenie z Urzędu Pracy;</li></ul>	
<input type="checkbox"/> <b>osoba bierna zawodowo</b> – wymagane zaświadczenie z ZUS (US-7), w tym: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się;</li><li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu;</li><li><input type="checkbox"/> inne</li></ul>	



III. POZOSTAŁE KRYTERIA FORMALNE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (proszę zaznaczyć właściwe pola znakiem X);

Czy jest Pani / Pan <b>osobą dorosłą</b> (ma Pani / Pan ukończone 18 lat)?	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy zamieszkuje Pani / Pan w rozumieniu Kodeksu Cywilnego <sup>3</sup> <b>na terenie województwa małopolskiego w powiecie dąbrowskim?</b>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani / Pan <b>osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym</b> zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy z dn. 13.06.2003 r. (Osoby, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym);	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jednocześnie oświadczam, że <b>nie mam prawa</b> do zasiłku dla bezrobotnych/ zasiłku przedemerytalnego/ świadczenia przedemerytalnego/ renty strukturalnej/ renty z tytułu niezdolności do pracy*/ emerytury/ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego *Osoby mogą uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez kluby integracji społecznej na zasadach określonych w art. 18 klub integracji społecznej ust. 3–5a.	
<input type="checkbox"/> TAK, nie mam prawa do wymienionych powyżej	<input type="checkbox"/> NIE

<sup>3</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



**PROSZĘ WSKAZAĆ GRUPĘ/GRUPY OSÓB DO KTÓREJ PAN/PANI PRZYNALEŻY:**

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej** zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej **lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy**; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);
- osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym** (Dz. U. z 2020 r. poz. 176, z późn. zm.); Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych**, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej;
- osoby przebywające i opuszczające młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii**; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika są następujące dokumenty: zaświadczenie z ośrodka, inny dokument potwierdzający przebywanie lub opuszczenie młodzieżowego ośrodka wychowawczego lub socjoterapii;
- osoby z niepełnosprawnościami**; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika są dokumenty takie jak np.: orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia;
- członkowie gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością**; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia;
- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia;



- osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej;** Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce;
- osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością;** Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. pismo ze spółdzielni o zadłużeniu. Dopuszczalne jest również potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika poprzez wywiad środowiskowy przeprowadzony przez beneficjenta z osobą bezdomną lub w kryzysie bezdomności wraz z oświadczeniem osoby bezdomnej lub zagrożonej bezdomnością w przypadku braku możliwości uzyskania zaświadczenia z instytucji pomocy społecznej.
- osoby odbywające karę pozbawienia wolności,** objęte dozorem elektronicznym; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego;
- osoby korzystające z programu FE PŻ;** Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierającą informację o korzystaniu z programu FE PŻ;
- osoby należące do społeczności marginalizowanych,** takich jak Romowie; Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem;
- osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;** Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców;
- osoby będące ofiarami przestępstw i przemocy w rodzinie;** Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z właściwej instytucji (np. z OPS) potwierdzające, że dana osoba jest ofiarą przestępstw lub przemocy społecznej;



IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE<sup>4</sup> (proszę zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest Pan/Pani osobą <b>doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego</b> rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek kwalifikujących do udziału w projekcie? (+10 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą z <b>niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym</b> lub z <b>niepełnosprawnością sprzężoną</b> lub osobą z <b>zaburzeniami psychicznymi</b> , osobą z <b>niepełnosprawnością intelektualną</b> lub osobą z <b>całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</b> ? (+10pkt)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą <b>korzystająca z Funduszu Europejskiego na Pomoc Żywnościową 2021 – 2027?</b> (+10 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani <b>osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej?</b> (+10 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą, która <b>opuściła jednostkę penitencjarną</b> w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (+10 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą <b>wykluczoną komunikacyjnie</b> tj. zamieszkującą gminę Szczucin lub Radogoszcz? (+10 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Proszę o wskazanie płci (+1 pkt.):
<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
Czy jest Pan/Pani osobą <b>osoba z niepełnosprawnością w stopniu lekkim?</b> (+ 1 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<sup>4</sup> Kryteria, za spełnienie których przyznawane są dodatkowe punkty podczas rekrutacji do projektu.

Czy jest Pan/Pani osobą <b>długotrwale bezrobotna</b> ? (1 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy ma Pan/Pani <b>wykształcenie do ISCED 3 włącznie</b> ? (1 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani <b>osobą zamieszkującą obszar OSI</b> powiatu dąbrowskiego tj. Bolesław, Olesno, Gręboszów, Mędrzechów, Radgoszcz, Szczucin? (+1 pkt.)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA / KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU<sup>5</sup>

Czy jest Pan/Pani osobą obcego pochodzenia?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą pochodzącą z państwa trzeciego tj. kraju nie będącego członkiem UE?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani / Pan osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (w tym społeczności marginalizowanej)?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi
Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam odpowiedzi

<sup>5</sup> Poniższe dane są wykazywane przez Beneficjenta w systemie teleinformatycznym. Dane te nie mają wpływu na zakwalifikowanie kandydata / kandydatki do projektu.



VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (proszę wypełnić jeśli dotyczy)

Czy posiada Pani / Pan problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
* Jeśli TAK, proszę wymienić jakie:	
Jakie są Pani / Pana potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani / Panu udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?  Np. wsparcie tłumacza języka migowego, asystenta osoby z niepełnosprawnością	

VII. INFORMACJA DOTYCZĄCA TRANSPORTU DO MIEJSCA REALIZACJI PROJEKTU (proszę zaznaczyć właściwe)

Czy jest Pani / Pan w stanie korzystając z transportu własnego lub transportu publicznego dotrzeć na miejsce realizacji projektu (tj. Klub Integracji Społecznej ul. Oleśnicka 3, 33-200 Dąbrowa Tarnowska)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

VIII. OŚWIADCZENIA KANDYDATA / KANDYDATKI

1. Oświadczam, że posiadam następujące zaświadczenia/oświadczenia/inne dokumenty potwierdzające mój status wskazany w m.in. PKT. II, tj. (proszę zaznaczyć właściwe):

- zaświadczenie z Urzędu Pracy o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej, w tym osoby długotrwale bezrobotnej;
- zaświadczenie z ZUS (US-7) o posiadania statusu osoby biernej zawodowo lub bezrobotnej niezarejestrowanej w Urzędzie Pracy;
- orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia;



zaświadczenia/dokumenty potwierdzające przynależność do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;

2. Oświadczam, że zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „KIS – aktywni razem!” realizowanym przez Fundację Możesz Więcej.

3. Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-a), że projekt pn. „KIS – aktywni razem!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021 – 2027.

4. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z Regulaminem Projektu pn. „KIS – aktywni razem!” oraz akceptuję jego warunki i postanowienia. Spełniam kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Fundacji Możesz Więcej o wszelkich zmianach danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym.

5. Oświadczam, że zamieszkuję na terenie objętym działaniami projektu, tj. powiat dąbrowski województwa małopolskiego (zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu).

6. Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

7. Oświadczam, że będę uczestniczył(-a) we wszystkich formach wsparcia w projekcie określonych w Indywidualnej Ścieżce Reintegracji, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Fundację Możesz Więcej.

8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.

9. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o obowiązku przekazania Fundacji Możesz Więcej informacji dot. mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, tj. statusu na rynku pracy, informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.

10. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o obowiązku przekazania Fundacji Możesz Więcej informacji dot. mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dokumentów dotyczących poprawy mojej sytuacji społecznej w terminie do 4 tygodni od



zakończenia udziału w projekcie (np. zaświadczenie o podjęciu nauki/wolontariatu/terapii uzależnień, opinia psychologa/terapeuty/pracownika socjalnego).

11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z projektem drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

12. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu pn. „KIS – aktywni razem!” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

.....  
**data i podpis Kandydata / Kandydatki**

## **INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO DO PROJEKTU PN. „KIS – aktywni razem!”**



Fundusze Europejskie  
dla Małopolski

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**MAŁOPOLSKA**

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027

Złożenie formularza rekrutacyjnego stanowi pierwszy etap rekrutacji do projektu pn. „KIS - aktywni razem!”. Złożony formularz rekrutacyjny jest oceniany przez kadrę projektu zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod kątem spełniania przez Kandydata / Kandydatkę kryteriów formalnych i premiujących do udziału w projekcie.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z ww. Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „KIS – aktywni razem!”.

#### INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

1. Należy podać wszystkie wymagane dane w formularzu rekrutacyjnym lub wpisać „nie dotyczy” we właściwych polach.
2. Dopuszczalne jest pozostawienie pustych miejsc, jeśli miejsce zamieszkania nie posiada numeracji lokalu.
3. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (najlepiej drukowanymi literami).
4. Odpowiedzi na pytania w formularzu należy zaznaczyć znakiem X we właściwych polach.
5. Brak wymaganego własnoręcznego podpisu pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat / Kandydatka zostanie poinformowany(-a) o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.
6. Formularz rekrutacyjny wraz z dokumentami wskazanymi w punkcie VIII.1 formularza należy dostarczyć osobiście/pocztą/kurierem do biura projektu w jednym podpisanym egzemplarzu papierowym. Możliwe jest przesłanie podpisanego formularza oraz dokumentów wskazanych w punkcie VIII.1 formularza za pośrednictwem e-maila. W tym przypadku należy dostarczyć papierowy egzemplarz formularza oraz pozostałe dokumenty do biura projektu do 3 dni roboczych od wezwania.