

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Projekt „**OPIEKA BEZ BARIER**”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa,
realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
PRIORYTET nr FEPK.07 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”
DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)					
Data		Godzina		Numer	OBB/ _____
Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia personel Projektu)					
Kryteria formalne:			Kryteria premiujące:		

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „OPIEKA BEZ BARIER”

Wnioskuje o objęcie wsparciem:	<input type="checkbox"/> opiekuńczym (grupa 1) ¹ <input type="checkbox"/> asystenckim (grupa 2) ² ORAZ: <input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego/nieformalnego (grupa 3) ³ (proszę wypełnić załącznik B)
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Dane personalne Kandydata do Projektu	
Imię	
Nazwisko	
Telefon	

¹ Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

² Osoby z niepełnosprawnością

³ Osoby sprawujące Opiekę nieformalną nad osobą z GR 1 lub GR 2





Adres e-mail												
PESEL												
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna					wiek						
Obywatelstwo												
<ul style="list-style-type: none"> Osoba do kontaktu 												
Imię i nazwisko						Telefon kontaktowy						
OPIEKUN NIEFORMALNY/FAKTYCZNY⁴												
Imię i nazwisko						Telefon kontaktowy						

2. Adres zamieszkania Kandydata/cki			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

3. Wykształcenie Kandydata/cki:	
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż

⁴ Wypełnić jeżeli dotyczy



	kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) ISCED 5-8

4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca

5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki	
Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych. <i>(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji





Osoba obcego pochodzenia. <i>(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z krajów trzecich. <i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba zamieszkujące samotnie	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:	
Oświadczam, że jestem:	
Osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu rzeszowskiego lub miasta Rzeszów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą:	<input type="checkbox"/> samotną w rozumieniu art. 6 pkt. 9 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą





	<p>wstępnych ani zstępnych), która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości</p>
	<p><input type="checkbox"/> samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt.10 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe), gdy wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p>
	<p><input type="checkbox"/> w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p>





<p>Osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj.: osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Uczestnik wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><u>Osoba która nie otrzymała dotychczas wsparcia w postaci usług opiekuńczych/asystenckich/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałam/-em je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach niniejszego projektu.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Osobą z niepełnosprawnością (obowiązkowe dla GR II wsparcie Asystenta Osoby Niepełnosprawnej)</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE:</p>	
<p>Oświadczam, że jestem:</p>	<p>PUNKTY: (wypełnia Personel</p>





		Projektu
Osobą z niepełnosprawnością Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z chorobami psychicznymi Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z niepełnosprawnością intelektualną Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.





Osobą samotnie zamieszkującą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___ / 1 pkt.
Osobą korzystającą z FEPŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową na lata 2021-2027), a zakres uzyskanego wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam/em /otrzymuję z FEPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w FEPŻ <u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___ / 1 pkt.
Osobą, której <u>dochód NIE przekracza 150%</u> właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej tj: - 1164 zł – os. samotnie gospodarujące - 900 zł – os. gospodarująca w rodzinie <u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> odpowiednio wypełniony Załącznik nr 2 wraz z dokumentami potwierdzającymi.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___ / 3 pkt.
Kryteria Formalne (<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___ / 1 pkt.
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:		

8. DodatkowePreferowana płeć
opiekuna/asystenta

-
- kobieta
-
-
- mężczyzna





prowadzącego	<input type="checkbox"/> brak preferencji
Preferowana forma płatności za usługę opiekuńczą – wkład własny(jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> przelew
W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami lub osoby u których występują potencjalne bariery w udziale w projekcie, prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić - max 500 znaków	

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki⁵⁶

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „**OPIEKA BEZ BARIER**” oraz dokumentacją projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „**OPIEKA BEZ BARIER**” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
Akceptuję wszystkie postanowieni ww. Regulaminu
3. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „**OPIEKA BEZ BARIER**” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „**INWENCJA**”

⁵ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

⁶ W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki



jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
5. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
6. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.
7. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowanego w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....
Data wypełnienia formularza

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki⁷⁸

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

- 1. Klauzula RODO - załącznik nr 1 (obowiązkowo)**
2. Oświadczenie o dochodach - załącznik nr 2 (jeśli dotyczy)
3. Zgoda opiekuna prawnego – załącznik nr 3 (jeśli dotyczy)
- 4. Oświadczenie o nie korzystaniu z tożsamyh usług- załącznik nr 4 (obowiązkowo)**

⁷ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

⁸ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki

Projekt „OPIEKA BEZ BARIER”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa,
realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie
Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w
ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

PRIORYTET nr FEPK.7 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”

DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

**FORMULARZ REKRUTACYJNY - CZĘŚĆ B DLA OPIEKUNÓW
NIEFORMALNYCH**

**Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z
Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „OPIEKA BEZ BARIER”**

Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)					
Data		Godzina		Numer	OBB/_____
Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia personel Projektu)					

Wnoszę o objęcie wsparciem:	<input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego/nieformalnego (grupa 3)
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

1. Dane personalne Kandydata do Projektu										
Imię										
Nazwisko										
Telefon										
Adres e-mail										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				wiek					
Obywatelstwo										
2. Adres zamieszkania Kandydata/cki										





Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

3. Wykształcenie Kandydata/cki:

Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) ISCED 5-8

4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):

<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki

Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych. <i>(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba obcego pochodzenia. <i>(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z krajów trzecich. <i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



1. Kryteria rekrutacji FORMALNE:**Oświadczam, że jestem:**

Oświadczam, że jestem Opiekunem
nieformalnym/faktycznym

 TAK

.....
(Imię i nazwisko osoby której jestem opiekunem nieformalnym)

i zgadzam się na odbycie szkolenia

.....
Data i miejscowość

.....
*Czytelny podpis Kandydata/-ki –
Opiekuna nieformalnego*

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „**OPIEKA BEZ BARIER**” oraz dokumentacja projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „**OPIEKA BEZ BARIER**” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
3. Akceptuję wszystkie postanowieni ww. Regulaminu





4. zostałam/-am poinformowana, że Projekt pt. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
5. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
6. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
7. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.
8. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowanego w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....
*Data wypełnienia Formularza
Rekrutacyjnego*

.....
*Czytelny podpis Kandydata/-ki-
Opiekuna nieformalnego*

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

- 1. Klauzula RODO - załącznik nr 1 (obowiązkowo)**
- 2. Oświadczenie o dochodach - załącznik nr 2 (jeśli dotyczy)**

