



Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020  
Oś Priorytetowa VII Włączenie społeczne  
Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej

Projekt pn. **NASZE RÓWNE SZANSE W SZKOLENIU I ZATRUDNIENIU – aktywna integracja Mieszkanek i Mieszkańców Powiatu Wałeckiego prowadząca do zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej**

Nr umowy: UDA-RPZP.07.02.00-32-K009/17-00

## POTWIERDZENIE KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

Potwierdzam, że Pan/Pani.....

*(imię i nazwisko kandydata do projektu)*

.....

*(PESEL i adres zamieszkania kandydata do projektu)*

spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie: *(należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie):*

<p><b>Kryteria formalne</b> (obowiązkowe)</p>	<p>Przynależność do <b>grupy docelowej</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba zagrożona ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym z tytułu niepełnosprawności</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z terenu Powiatu Wałeckiego woj. Zachodniopomorskiego</li> <li><input type="checkbox"/> osoba dorosła, od 18 roku życia</li> </ul>
<p><b>Kryteria merytoryczne</b> (obowiązkowe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba posiadająca niski poziom wykształcenia</li> <li><input type="checkbox"/> osoba o niskich kwalifikacjach zawodowych</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nie posiadająca kwalifikacji zawodowych (brak wyuczonego zawodu)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nie posiadająca doświadczenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z niską motywacją do zmiany własnej sytuacji życiowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba, której sytuacja życiowa uzasadnia udział w Projekcie</li> </ul>



<p><b>Kryteria premiujące</b>  (dodatkowe)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności</li><li><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną</li><li><input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi</li><li><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną</li><li><input type="checkbox"/> płeć - kobieta</li><li><input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca do tej pory w projektach PO KL, PO WER</li><li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej</li><li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca z PO PŻ</li><li><input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna życiowo</li></ul>
--	---

**Rekomenduję do udziału w projekcie / nie rekomenduję do udziału w projekcie<sup>1</sup>**

.....

data i podpisy członków komisji rekrutacyjnej

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.