

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

NAZWA BENEFICJENTA:	NR PROJEKTU:
REGION WIELKOPOLSKA NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”	FEWP.06.10-IP.01-0127/25
TYTUŁ PROJEKTU:	
Solidarność - razem przeciwdziałamy dyskryminacji w pracy	

Porady prawne - Poznań

Proszę wskazać dni tygodnia i przedział czasowy, w których jest Pan/Pani dyspozycyjny/a do skorzystania z porady:

☐ poniedziałek	☐ 8.00-10.00	☐ 10.00-12.00	☐ 12.00-14.00	☐ 14.00-16.00
☐ wtorek	☐ 8.00-10.00	☐ 10.00-12.00	☐ 12.00-14.00	☐ 14.00-16.00
☐ środa	☐ 8.00-10.00	☐ 10.00-12.00	☐ 12.00-14.00	☐ 14.00-16.00
☐ czwartek	☐ 8.00-10.00	☐ 10.00-12.00	☐ 12.00-14.00	☐ 14.00-16.00
☐ piątek	☐ 8.00-10.00	☐ 10.00-12.00	☐ 12.00-14.00	☐ 14.00-16.00

DANE UCZESTNIKA				
IMIĘ				
NAZWISKO				
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA	☐	KOBIETA	☐
TELEFON KONTAKTOWY				
ADRES E-MAIL				

ADRES GMAIL				
Czy posiadasz własne, indywidualne i aktywne konto e-mail na Google (Gmail)?	TAK	☐	NIE	☐
Czy korzystasz z tego konta?	TAK	☐	NIE	☐
Jeśli NIE , czy jesteś skłonny/skłonna do założenia konta?	TAK	☐	NIE	☐

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027

WSTĘPNA WERYFIKACJA SYTUACJI W MIEJSCU PRACY				
Proszę odpowiedzieć TAK lub NIE na poniższe pytania:				
Czy w miejscu pracy byłeś/byłaś traktowany/a mniej korzystnie niż inne osoby znajdujące się w podobnej sytuacji?	TAK	☐	NIE	☐
Czy uważasz, że takie traktowanie mogło być związane z Twoją cechą osobistą, np. płcią, wiekiem, niepełnosprawnością, pochodzeniem, przekonaniami, orientacją seksualną lub inną cechą?	TAK	☐	NIE	☐
Czy w związku z tą cechą spotkały Cię ograniczenia, pominięcie, odmowa określonego świadczenia lub możliwości albo inne niekorzystne traktowanie w pracy?	TAK	☐	NIE	☐
Czy uważasz, że w opisanej sytuacji Twoje prawa jako pracownika mogły zostać naruszone z powodu cechy osobistej?	TAK	☐	NIE	☐

INNE SZCZEGÓLNE POTRZEBY			
NIE DOTYCZY	☐	miejsce dla psa asystującego miejsce przystosowane dla uczestników z dziećmi	☐ ☐
miejsce na wózek inwalidzki w łatwo dostępnej lokalizacji	☐		
asystent osobisty na miejscu wydarzenia	☐		
inne (do samodzielnego doprecyzowania):			☐

W dniu porady prawnej prosimy o przygotowanie numeru **PESEL** lub w przypadku jego nieposiadania, innego **numeru identyfikacyjnego**.

Przesyłając niniejszy formularz oświadczam, że w dniu porady prawnej **ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ** do dostarczenia dokumentu potwierdzającego przynależność do grupy docelowej programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, czyli osób **mieszkających, bądź świadczących pracę na terenie województwa wielkopolskiego**. Przykładowymi dokumentami potwierdzającymi spełnienie ww. kryterium są:

- **zamieszkanie** na obszarze województwa wielkopolskiego – dokument świadczący o miejscu zamieszkania np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, zaświadczenie z urzędu gminy/miasta, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie;
- **praca** na terenie woj. wielkopolskiego - dokument potwierdzający miejsce zatrudnienia – zaświadczenie pracodawcy, dokumenty ZUS.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027