# Załącznik nr 9 Wniosek uczestnika projektu o objęcie formą opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER PROJEKTU** | RPPK.07.01.00-18-0055/18 |
| **PROJEKT** | INKUBATOR AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ jest realizowany przez firmę ZRYW II Ośrodek Szkolenia Kierowców Marta Skowron z siedzibą w Rzeszowie przy Placu Wolności 2/209, NIP 8131565126, REGON 691783716, reprezentowanym przez Martę Skowron – właściciela firmy, zwanym Beneficjentem, działającym również w imieniu i na rzecz Partnera CDG PRO Sp. z o.o. na podstawie umowy nr RPPK.07.01.00-18-0055/18-00 z dnia 15 listopada 2018 r. podpisanej z Województwem Podkarpackim - Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie. |

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |

W związku z uczęszczaniem na szkolenie realizowane w ramach projektu „INKUBATOR AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ” w dniach i godzinach[[2]](#footnote-2):

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………..……
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….[[3]](#footnote-3)

zwracam się z prośbą o objęcie formą wsparcia opieki nad dzieckiem do lat 7 lub nad osobą zależną[[4]](#footnote-4).

Oświadczam, że posiadam pod opieką:

1. własne dziecko urodzone w dniu ………………… o imieniu i nazwisku ………………….……………………………[[5]](#footnote-5)
2. własne dziecko urodzone w dniu ………………… o imieniu i nazwisku ………………………………….……………[[6]](#footnote-6)
3. własne dziecko urodzone w dniu ………………… o imieniu i nazwisku ………………………………….……………[[7]](#footnote-7)
4. osobę zależną urodzoną w dniu ……………..…… o imieniu i nazwisku …………………………………………….…[[8]](#footnote-8)

W załączniku przedstawiam kserokopię aktu urodzenia dziecka (dzieci) / dokumenty potwierdzające zły stan zdrowia osoby zależnej[[9]](#footnote-9). Uzasadnienie potrzeby objęcia wsparciem Uczestnika projektu:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że:

* posiadam doświadczonego i wykwalifikowanego Opiekuna do opieki nad dzieckiem, z którym współpracuję. Proszę o jego zatrudnienie do opieki nad moim dzieckiem (dziećmi) podczas mojego udziału w indywidualnym poradnictwie zawodowym/grupowym poradnictwie zawodowym/szkoleniu/stażu zawodowym/pośrednictwa pracy[[10]](#footnote-10). W załączniku przedstawiam dane Opiekuna (załącznik 10 oraz załącznik 11).
* wskazana osoba nie jest członkiem mojej najbliższej rodziny.

……………………………………………………………….

(nr PESEL i podpis Uczestnika projektu)

1. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać tylko godziny szkoleń zgodnie z harmonogramem szkolenia nie uwzględniając przerw lekcyjnych. [↑](#footnote-ref-2)
3. W razie potrzeby proszę powielić. [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-6)
7. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-8)
9. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-9)
10. Niepotrzebne przekreślić. [↑](#footnote-ref-10)