

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

projektu „Aktywna droga do zatrudnienia”

nr RPWM.11.01.02-28-0030/20 realizowanego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Aktywna droga do zatrudnienia”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.

Lp.	Nazwa	Dane kandydat/-tki	
1.	Nazwisko		
2.	Imię (imiona)		
3.	Płeć (zaznaczyć x)	Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>
4.	PESEL		
5.	Data urodzenia		
6.	Wiek		
7.	Adres zamieszkania:	Województwo Warmińsko-mazurskie	
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
	Ulica	Nr domu/nr lokalu	
	Kod pocztowy		
8.	Adres e-mail		
	Numer telefonu		
9.	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) ISCED 1	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) ISCED 2	<input type="checkbox"/>
		Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) ISCED 3	<input type="checkbox"/>

		Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) ISCED 4	<input type="checkbox"/>
		Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora) ISCED 5-8	<input type="checkbox"/>
10.	Status kandydata/-tki	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z Urzędu Pracy)	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	<input type="checkbox"/>
		Osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), lub bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia).	<input type="checkbox"/>
		Osoba bierna zawodowo (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	<input type="checkbox"/>
		Osoba zatrudniona, w tym	<input type="checkbox"/>
		a. Rolnik	<input type="checkbox"/>
		b. Samozatrudniona	<input type="checkbox"/>
		Zatrudniona/y w:	
		Wykonywany zawód:	
		Osoba zagrożona ryzykiem ubóstwa lub wykluczenia społecznego (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie)	<input type="checkbox"/>
		Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie)	<input type="checkbox"/>
		Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>
		Osoba nie korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej, ale kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej z powodu przesłanek (zakreślić właściwe): 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub	<input type="checkbox"/>

		<p>wielodzietnych;</p> <p>10) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</p> <p>11) alkoholizmu lub narkomanii;</p> <p>12) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</p> <p>13) klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>	
		<p>Osoba korzystająca z PO PŻ</p> <p>Proszę wskazać formę pomocy otrzymywaną w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020, uwzględniając działania towarzyszące (np. warsztaty kulinarne, dietetyczne):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Osoba z niepełnosprawnością (dane wrażliwe) (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia)</p>	<input type="checkbox"/>
	Stopień	<p>Lekki</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Umiarkowany</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Znaczny</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, z zaburzeniami psychicznymi</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji</p> <p>Jeśli tak, to jakiej:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/-TKI:

- zapoznałem(-am)* się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Aktywna droga do zatrudnienia”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a), że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i procesie rekrutacji;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a)*, jakie formy pomocy obejmuje ścieżka uczestnictwa w projekcie;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2019.1781 ze zm.) oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

- zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie;
- zostałem poinformowany(-a)* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej);
- wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu;
- zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych (w trakcie i po zakończeniu projektu), testów psychologicznych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu;
- zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, na które zostaną zakwalifikowany i potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a), że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- w przypadku podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 7 dni od daty podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej informacji do Biura projektu w jednej z niżej wymienionych form:
 1. kserokopii umowy lub zaświadczenia od pracodawcy,
 2. kserokopii wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczych,
 3. w terminie do 4 tyg. od zakończenia udziału w projekcie (oferta powinna wskazywać okres na jaki oferent jest gotowy do zawarcia umowy z uczestnikiem);
 4. w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).

Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Uprowadzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI
NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU