

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

„Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas”

DANE PERSONALNE					
IMIĘ (IMIONA)				PŁEĆ	
NAZWISKO				WIEK W CHWILI PRZY- STĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEK- CIE	
DATA URODZENIA					
PESEL			MIEJSCE URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo				
	Powiat		Gmina		
	Miejscowość				
	Ulica				
	Nr domu		Nr lokalu		
	Kod pocztowy				
OBYWATELSTWO					
TELEFON KONTAKTOWY					
TELEFON KONTAKTOWY do kogoś bliskiego/ rodziny (kontakt awaryjny)					
ADRES E-MAIL					
WYKSZTAŁCENIE właściwe należy za- znaczyć „X”		niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)			
		podstawowe (ukończone kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)			
		gimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)			
		ponadgimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)			
		policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym, np. ukończona szkoła policealna)			
		wyższe (ukończone studia wyższe)			
SPECJALNE POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAW- NOŚCIAMI jeżeli dotyczy- należy zazna- czyć „X”		Duży tekst			
		Tłumacz języka migowego			
		Asystent osoby niepełnosprawnej			
		Winda			
		Inne (proszę wpisać)			

Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas



**STATUS KANDYDATKI/ KANDYDATA NA RYNKU PRACY**(należy zaznaczyć **TYLKO JEDEN** z poniższych statusów na rynku pracy, który określa Pani/Pana sytuację)

OSOBA BIERNA ZAWODOWO¹, w tym:		TAK ☐
Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie		TAK ☐ NIE ☐
Powód bierności zawodowej:	☐ niepełnosprawność ☐ pełnie ról opiekuńczych	
OSOBA BEZROBOTNA, w tym:		
Bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy (w załączeniu zaświadczenie z UP)		TAK ☐ NIE ☐
Długotrwale bezrobotna (powyżej 12 miesięcy)		TAK ☐ NIE ☐
AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI		
Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec)	Tak ☐	Nie ☐
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak ☐	Nie ☐
Osoba z niepełnosprawnościami	Tak ☐	Nie ☐
Osoba, która pozostaje bez zatrudnienia powyżej 12 miesięcy	Tak ☐	Nie ☐
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	Tak ☐	Nie ☐ Odmowa podania ☐
Osoba państwa trzeciego	Tak ☐	Nie ☐
Osoba w żyjąca w ubóstwie (wymagane zaświadczenie z OPS) (Kryterium dochodowe zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o pomocy społecznej na dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych)	Tak ☐	Nie ☐
Osoba z niepełnosprawnościami (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak ☐	Nie ☐
Korzystam z pomocy w ramach programów FEPŻ	Tak ☐	Nie ☐
Opuszczenie placówki opieki instytucjonalnej lub jednostki penitencjarnej w terminie ostatnich 12 miesięcy	Tak ☐	Nie ☐
Osoba, która posiada doświadczenie zawodowe poniżej 3 lat	Tak ☐	Nie ☐

¹ Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo



Osoba zamieszkująca na obszarze wykluczonym komunikacyjnie	Tak ☐	Nie ☐
Osoba, która jest samotnym rodzicem, lub sprawuje opiekę nad min 3 os. (dziecko do lat 7/os. starsza/z niepełnosprawnościami)	Tak ☐	Nie ☐
Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wykluczenia ze względu na:		
Ubóstwo (Kryterium dochodowe zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o pomocy społecznej na dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych)	Tak ☐	Nie ☐
Sieroctwo	Tak ☐	Nie ☐
Długotrwałą lub ciężką chorobę	Tak ☐	Nie ☐
Doświadczanie przemocy w rodzinie	Tak ☐	Nie ☐
Potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi	Tak ☐	Nie ☐
Potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	Tak ☐	Nie ☐
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	Tak ☐	Nie ☐
Trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;	Tak ☐	Nie ☐
Trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	Tak ☐	Nie ☐
Alkoholizm lub narkomanię	Tak ☐	Nie ☐
Zdarzenie losowe i sytuację kryzysową	Tak ☐	Nie ☐
Klęskę żywiołową lub ekologiczną	Tak ☐	Nie ☐
DANE DO UMOWY SZKOLENIOWEJ/ STAŻOWEJ		
Seria i numer dowodu osobistego:		
Dowód osobisty wystawiony przez:		
Adres Urzędu Skarbowego:		
Numer konta bankowego:	- - - - -	
Narodowy Fundusz Zdrowia, pod który podlegasz		



OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas”
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. **Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.**
4. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
5. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia 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 rozporz. o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), zwanego „RODO”).
6. Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
7. Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu informacji na temat mojej sytuacji, w ciągu do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie, w formie potwierdzenia uzyskania kwalifikacji/kompetencji, zaświadczenia z PUP o statusie osoby poszukującej pracy/bezrobotnej lub oświadczenia o pozostawaniu bez pracy oraz gotowości do jej podjęcia i jej aktywnym poszukiwaniu.
8. **Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/cywilnoprawnej lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: wpis do CEIDG/KRS.**
9. W związku z przystąpieniem do projektu, WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na wykorzystanie mojego wizerunku przez Kontraktor sp. z o.o. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne w szczególności z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć czy innych form wsparcia w ramach projektu mogą zostać okazane instytucjom kontrolującym realizację projektu. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Kontraktor sp. z o.o., z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby Projektu.
11. Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny – Dz.U. nr 88, poz.553 z 1997r. ze zmianami) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.
12. Zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego poinformowania Beneficjenta o każdej zmianie wyżej uzupełnionych danych osobowych, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość Data

.....
czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie

Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas

Biuro projektu:
Przemysłowa 4, 85-758 Bydgoszcz
tel. 600 901 253

 **Kontraktor**



Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas” zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i otrzymałam/ am dla siebie jeden egzemplarz *Regulaminu* oraz w pełni akceptuję jego zapisy i z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w niniejszym projekcie.

.....
czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie

Załączniki:

- | | |
|--|---|
| 1) Orzeczenie o niepełnosprawności | ☐ TAK ☐ NIE |
| 2) Zaświadczenia z Urzędu Pracy | ☐ TAK ☐ NIE |
| 3) Zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych | ☐ TAK ☐ NIE |
| 4) Inne | ☐ TAK ☐ NIE |

jaki:

Potwierdzam przyjęcie formularza zgłoszeniowego, została dokonana weryfikacja daty urodzenia na podstawie okazanego przez Kandydata dokumentu tożsamości.

.....
Data wpłynięcia formularza

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej formularz

Razem ku aktywności. Przyszłość należy do nas

