



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Pełnosprawni w pracy – ogólnopolski kompleksowy program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami”

DANE PERSONALNE			
IMIĘ (IMIONA)			PŁEĆ
NAZWISKO			WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
DATA URODZENIA			
PESEL			MIEJSCE URODZENIA
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo		
	Powiat		Gmina
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr domu		Nr lokalu
	Kod pocztowy		
	Obszar miejski	TAK <input type="checkbox"/>	Obszar wiejski
TELEFON KONTAKTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY do kogoś bliskiego/ rodziny (kontakt awaryjny)			
ADRES E-MAIL			
WYKSZTAŁCENIE  właściwe należy zaznaczyć „X”	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe</b> (brak formalnego wykształcenia)		
	<input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (ukończone kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)		
	<input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (ukończone kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)		
	<input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (ukończone kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)		
	<input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym, np. ukończona szkoła policealna)		
	<input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (ukończone studia wyższe)		
SPECJALNE POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI  jeżeli dotyczy- należy zaznaczyć „X”	<input type="checkbox"/> <b>Duży tekst</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Tłumacz języka migowego</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Asystent osoby niepełnosprawnej</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Winda</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Inne (proszę wpisać)</b>		



STATUS KANDYDATKI/ KANDYDATA NA RYNKU PRACY			
(należy zaznaczyć <b>TYLKO JEDEN</b> z poniższych statusów na rynku pracy, który określa Pani/Pana sytuację)			
OSOBA BIERNA ZAWODOWO <sup>1</sup> (w załączeniu zaświadczenie z ZUS)	TAK <input type="checkbox"/>		
OSOBA BEZROBOTNA, w tym:			
Bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy (w załączeniu zaświadczenie z UP)	TAK <input type="checkbox"/>		
Niezarejestrowana w Urzędzie pracy <sup>2</sup> (w załączeniu zaświadczenie z ZUS)	TAK <input type="checkbox"/>		
AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - <i>wpisać w jakiej</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>3</sup> (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Stopień niepełnosprawności (lekki/ umiarkowany/ znaczny)			
PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP PREFEROWANYCH:			
Status byłego Uczestnika/czki projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanego w ramach CT9 RPO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 miesięcy)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba bez doświadczenia zawodowego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba posiadające staż pracy poniżej 2 lat	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
DANE DO UMOWY SZKOLENIOWEJ/ STAŻOWEJ			
Seria i numer dowodu osobistego:			
Dowód osobisty wystawiony przez:			
Adres Urzędu Skarbowego:			

<sup>1</sup> Osoba, która nie pracuje i jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

<sup>2</sup> Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.

<sup>3</sup> Osoby z niepełnosprawnościami - w rozumieniu ust. z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ust. z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).



Numer konta bankowego:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Narodowy Fundusz Zdrowia, pod który podlegasz																			
Czy posiadasz prawo do renty /emerytury	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>																		
Osoby zgłaszane do ubezpieczenia	Imię i nazwisko..... Pesel: .....																		

### OŚWIADCZENIA

- Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Pełnosprawni w pracy – ogólnopolski kompleksowy program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami”.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.**
- W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
- 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., str. 1), zwanego „RODO”).
- Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- 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.
- 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, potwierdzenie opłacania składek ZUS i podatków za trzy pełne miesiące, w nieprzekraczalnym terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.**
- Zobowiązuję się do rejestracji w PUP i dostarczenie zaświadczenia lub oświadczenia o byciu osobą poszukującą pracy - w przypadku nie podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.
- 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.



11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby Projektu.
12. 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.
13. 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

Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „Pełnosprawni w pracy – ogólnopolski kompleksowy program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami” 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

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W INNYM PROJEKCIE AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

Ja niżej podpisana/y ..... uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że **JESTEM / NIE JESTEM\***, na dzień dzisiejszy **uczestnikiem innego projektu** z zakresu aktywizacji zawodowej dofinansowanego ze środków EFS.

.....  
Miejscowość                      Data                      Czytelny podpis osoby zgłaszającej się do Projektu

Załączniki:

- 1) Orzeczenie o niepełnosprawności     TAK     NIE
- 2) Załącznik nr 1 – Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie  TAK  NIE
- 3) Inne - .....

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

.....  
Data wpłynięcia formularza                      czytelny podpis osoby przyjmującej formularz