

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Data wpływu formularza do Biura Projektu	
podpis	

(wypełnia pracownik Biura Projektu)

Lp.	Nazwa	
1.	Tytuł projektu	Wielkopolski katalog zawodowy
2.	Priorytet	6. Rynek pracy
3.	Działanie	6.2 Aktywizacja Zawodowa
4.	Wnioskodawca	K.A.M. FIT Kamil Magoś

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Lp.	Dane osoby zgłaszającej swój udział w Projekcie			
1	Imię:			
2	Nazwisko:			
3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			
5	PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
	Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.			
	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Kod pocztowy		Miejscowość	
	Gmina		Powiat	
	Obszar zamieszkania		<input type="checkbox"/> duże obszary miejskie (o ludności > 50.000 i dużej gęstości zaludnienia)	
			<input type="checkbox"/> małe obszary miejskie (o ludności > 5.000 i średniej gęstości zaludnienia)	
			<input type="checkbox"/> obszary wiejskie	
	Województwo			



Telefon kontaktowy		Adres e-mail																					
Numer konta bankowego	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
7	<p align="center">Wykształcenie</p> <p align="center">(proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi):</p> <p><input type="checkbox"/> Brak - brak formalnego wykształcenia- ISCED 0</p> <p><input type="checkbox"/> Podstawowe - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - ISCED 1</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazjalne - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - ISCED 2</p> <p><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne -kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej – ISCED 3</p> <p><input type="checkbox"/> Policealne - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym - ISCED 4</p> <p><input type="checkbox"/> Wyższe - kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich - ISCED 5 -8</p>																						

STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI NA RYNKU PRACY:	
Osoba zatrudniona (*Jeśli TAK, proszę zaznaczyć właściwe pole)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby pracujące - należy dołączyć kopię umowy o pracę / umowy cywilno-prawnej / zaświadczenie o zarobkach	<p>Oświadczam, że jestem osobą ubogą pracującą – moje zarobki nie przekraczają płacy minimalnej lub zamieszkuję w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych), przypadające na 1 osobę, nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do Projektu.</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>Oświadczam, że jestem osobą pracującą zatrudnioną na umowie krótkoterminowej (na czas określony, który upływa w okresie realizacji Projektu / trwa nie dłużej niż 6 m-cy) lub pracującą w ramach umowy cywilno-prawnej i moje miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia miesięcznego w Polsce.</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>Oświadczam, że jestem osobą zatrudnioną w: (proszę wykreślić niewłaściwe). administracji rządowej / administracji pozarządowej / administracji samorządowej / MMŚP (mikro, małym, średnim</p>

	<p>przedsiębiorstwie) / osobą prowadząca działalność na własny rachunek / w dużym przedsiębiorstwie /inne Nazwa i dokładny adres zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Osoba niepracująca* (*Jeśli TAK, proszę zaznaczyć właściwe pole)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna¹ niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p><input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna (osoba do 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 m-cy, osoba powyżej 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) WYMAGANE ZAŚWIADCZENIE Z ZUS nie starsze niż 14 dni przed dniem przystąpienia do pierwszej formy wsparcia</p>
	<p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna³ zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p><input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna (osoba do 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 m-cy, osoba powyżej 25 roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) WYMAGANE ZAŚWIADCZENIE Z URZĘDU PRACY</p>
	<p><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo²</p> <p><input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> w tym ucząca się WYMAGANE ZAŚWIADCZENIE Z ZUS nie starsze niż 30 dni przed dniem przystąpienia do pierwszej formy wsparcia</p>

POTRZEBY ORGANIZACYJNE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU:	
<p>Czy ma Pan/Pani dodatkowe potrzeby organizacyjne, np. czy potrzebna jest obsługa tłumacza języka migowego, zestawy wspomagające słyszenie lub zapewnione odpowiednich warunków lokalowych w związku z np. niepełnosprawnością ruchową? Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:</p>	<p>Jaka potrzeba?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby żywieniowe? (np. dieta bezmięсна, dieta cukrzycowa, alergie itp.) Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby:</p>	<p>Jaka potrzeba?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Preferowane miejsce udzielonych wsparć w ramach projektu</p>	<p>Miejscowość:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

¹ osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.

² osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).

9	STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU (proszę uzupełnić wszystkie pola)	
	<p>Jestem imigrantem Za imigranta uznaje się osobę nieposiadającą polskiego obywatelstwa, przybyłą lub zamierzającą przybyć do Polski w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy i zamierzającą wykonywać lub wykonującą pracę na terytorium Polski.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Jestem reemigrantem Za reemigranta uznaje się obywatela Polski, który przebywał za granicą Polski przez nieprzerwany okres co najmniej 6 miesięcy, który zamierza powrócić do Polski lub który przebywa na terenie Polski nie dłużej niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu i deklaruje chęć podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na terenie Polski. Do tej grupy zaliczani są również repatrianci.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością Za osobą z niepełnosprawnością uznaje się osobę w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) (należy dołączyć orzeczenie lub opinię wystawioną przez lekarza)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<p>Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/y wykluczeniem z dostępu do mieszkań Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). 	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWIAM PODANIA INFORMACJI
	<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, np. zagrożenie wykluczeniem społecznym; posiadanie wykształcenia poniżej podstawowego; zamieszkiwanie na obszarze wiejskim; byłem/am więźniem, narkomanem itp</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWIAM PODANIA INFORMACJI
	<p>Oświadczam, że jestem osobą, która brała udział w projekcie z zakresu włączenia społecznego realizowanego w Celu Tematycznym 9 w WRPO 2014-2010 Projekty realizowane w ramach Osi priorytetowej RPWP.07.00.00. Włączenie społeczne, Działania RPWP.07.01.00. Aktywna integracja Poddziałania RPWP.07.01.02. Aktywna integracja (osoba musi dostarczyć dokument potwierdzający status byłego uczestnika projektu):</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



OŚWIADCZENIA:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie nr RPWP. 06.02.00-30-0063/18 pt. „Wielkopolski katalog zawodowy” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i udziału, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie „Wielkopolski katalog zawodowy” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
3. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu.
5. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.
7. W związku z promocją projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach oraz publikowanie zdjęć na stronie internetowej projektu.
8. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Wielkopolski katalog zawodowy” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Wielkopolskiego regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
9. Zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. do przekazania informacji dotyczących swojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w Projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału), w tym do dostarczenia dokumentów potwierdzających podjęcie pracy, w tym rozpoczęcie pracy na własny rachunek tj.: kopia umowy o pracę, zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy, dowód opłacenia składek na ubezpieczenie społ., zaświadczenie wydane przez ZUS/US, wydruk z CEiDG.
10. Zobowiązuję do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej lub zawodowej po zakończeniu udziału w Projekcie (do 90 dni kalendarzowych od zakończenia udziału w projekcie): kopia umowy o pracę, zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu, dokument potwierdzający fakt rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (np. dowód opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne).
11. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
12. Nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności. 13. Nie prowadzę działalności gospodarczej..
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez K.A.M. FIT Kamil Magoś

Świadomy/a odpowiedzialności karnej Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
Data

.....
czytelny podpis kandydata/kandydatki