**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data wpływu do biura projektu** | **Spełnienie kryteriów formalnych** | **Suma punktów**  **(kryteria premiujące)** | **Podpis pracownika projektu** |
|  | □ tak □ nie |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł i numer projektu:** | Twoja szansa zawodowa! |
| **Numer projektu** | FEPK.07.04-IP.01-0028/23 |

**Proszę wypełnić tylko białe pola formularza DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI** | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | |
| **Nazwisko** |  | | |
| **PESEL** |  | | |
| **Płeć** | ☐ Kobieta  ☐ Mężczyzna | | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  | | |
| **Obywatelstwo** | ☐ Obywatelstwo polskie  ☐ obywatele kraju UE  ☐ obywatele kraju spoza UE | | |
| **Wykształcenie** | ☐ **ISCED 0** Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)  ☐ **ISCED 1** Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  ☐ **ISCED 2** Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  ☐ **ISCED 3** Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zawodowej)  ☐ **ISCED 4** Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  ☐ **ISCED 5-8** Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | |  |
| **Adres zamieszkania** | **Kraj:** | | |
| **Województwo:** | | |
| **Powiat:** | | |
| **Gmina:** | | |
| **Miejscowość:** | | |
| **Ulica:** | | |
| **Numer budynku:** | **Numer lokalu:** | |
| **Kod pocztowy:** | | |
| **Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)** |  | | |
| **Numer telefonu** |  | | |
| **Adres e-mail** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II KRYTERIA REKRUTACJI – KRYTERIA FORMALNE (proszę zaznaczyć znakiem „X”)** | | |
| **Oświadczam, że:** | **TAK** | **NIE** |
| **Jestem osobą zamieszkującą i/lub pracującą i/lub uczącą się na terenie województwa podkarpackiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego** | ☐ | ☐ |
| **Na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończone co najmniej 18 lat** | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą:**  ☐ **pracującą zatrudnioną na umowie krótkoterminowej,** (umowa  będąca podstawą nawiązania stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia,  zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy)  ***Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie pracodawcy/ kopię umowy.***  ☐ **pracującą zatrudnioną na umowie cywilnoprawnej,** (umowa  zawarta w oparciu o przepisy Kodeksu Cywilnego np. umowa o dzieło, umowa, zlecenie.)  ***Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie pracodawcy/ kopię umowy*.**  ☐ **ubogą pracującą.**  ***Jako załącznik przedstawiam kopię umowy/zaświadczenie pracodawcy,***  ***zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot/instytucję w celu ustalenia dochodu przypadającego na jedną osobę w gospodarstwie domowym.***  ☐ **odchodzącą z rolnictwa** (niezarejestrowaną jako bezrobotna  w Powiatowym Urzędzie Pracy) zamierzającą podjąć zatrudnienie lub inną  działalność pozarolniczą objętą obowiązkiem ubezpieczenia, produkującą  towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter. (Osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2023 r. poz. 208, z późniejszymi zmianami).  ***Jako załącznik przedstawiam*** ***zaświadczenie z PUP oraz zaświadczenie***  ***potwierdzające opłacanie składek ZUS/ KRUS.*** | ☐ | ☐ |
| **Nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż 1 projekcie z zakresu aktywizacji społeczno - zawodowej dofinansowanej z EFS+.** | ☐ | ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III KRYTERIA REKRUTACJI – KRYTERIA PREMIUJĄCE (proszę zaznaczyć znakiem „X”)** | | |
| **Oświadczam, że:** | **TAK** | **NIE** |
| **Jestem kobietą (15 pkt.)** | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością (8 pkt.)**  ***Jako załącznik przedkładam*** ***Orzeczenie/inny dokument poświadczający stan zdrowia, zgodnie z: Ustawą z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej***  ***i społecznej oraz zatrudnianiu ON/Ustawą z 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego*.** | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą w wieku 55 lat i więcej (5 pkt.)** | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą pracującą, zamieszkującą według Kodeksu Cywilnego**  **(20pkt.):**  ☐  **na terenie miasta średniego tracącego funkcje społeczno –**  **gospodarcze w województwie podkarpackim: tj. Przemyśla, Sanoka, Jasła, Jarosławia, Mielca, Krosna, Dębicy, Niska, Stalowej Woli, Tarnobrzega, Przeworska,**  ☐ **na terenie obszaru objętego Programem Strategicznym Rozwoju Bieszczad tj.: Czarna,**  **Lutowiska i Ustrzyki Dolne – w powiecie bieszczadzkim,**  **Baligród, Cisna, Lesko, Olszanica, Solina z s. w Polańczyku –**  **w powiecie leskim, Komańcza, Tyrawa Wołoska, Zagórz –**  **w powiecie sanockim, Bircza – w powiecie przemyskim.**  ☐ **na terenie obszaru objętego Programem Rozwoju Roztocza tj.: Miasto i Gmina Cieszanów,**  **Gmina Horyniec-Zdrój, Miasto i Gmina Narol, Gmina Lubaczów,**  **Miasto Lubaczów, zajmują północno-wschodnie tereny**  **województwa podkarpackiego)**  ☐ **na terenie obszaru objętego Inicjatywą Czwórmiasto tj.: gmina i miasto Nisko, miasto Stalowa Wola i miasto Tarnobrzeg** | ☐ | ☐ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: EM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (proszę zaznaczyć znakiem „X”)** | | | |
| **Oświadczam, że:** | **TAK** | **NIE** | **ODMOWA PODANIA DANYCH** |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane).** Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.  Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 2 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 osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem  poświadczającym stan zdrowia. | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia.** To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | ☐ | ☐ | ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB** | | |
| **Potrzeby** | **Proszę opisać potrzebę** | **NIE DOTYCZY** |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia  ruchowe: |  | ☐ |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów  projektowych/szkoleniowych |  | ☐ |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |  | ☐ |
| Zapewnienie systemu wspomagającego widzenie |  | ☐ |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  | ☐ |
| Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy |  | ☐ |
| Wydłużony/skrócony czas wsparcia: |  | ☐ |
| Umożliwienie dostosowania godzin zajęć do potrzeb Uczestnika/czki Projektu |  | ☐ |
| Zapewnienie asystenta osobie  z niepełnosprawnością |  | ☐ |
| Inne: |  | ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI OŚWIADCZENIA** | | |
| **Oświadczam, że:** | **TAK** | **NIE DOTYCZY** |
| Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Twoja szansa zawodowa!” zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. | ☐ | ☐ |
| Zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu „Twoja szansa zawodowa!” akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. | ☐ | ☐ |
| Spełniam wszystkie kryteria kwalifikacyjne określone w Regulaminie projektu | ☐ | ☐ |
| Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. | ☐ | ☐ |
| Nie uczestniczę w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „Twoja szansa zawodowa!” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE. | ☐ | ☐ |
| Nie otrzymują jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ | ☐ | ☐ |
| Jestem osobą zamieszkującą i/lub pracującą i/lub uczącą się na terenie województwa podkarpackiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego | ☐ | ☐ |
| Zostałem/-am poinformowany o częściowej odpłatności za usługi szkoleniowe w wysokości 200,00 zł. | ☐ | ☐ |
| Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje 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 zgodności z prawdą. | ☐ | ☐ |
| Zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021- 2027 | ☐ | ☐ |
| Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania informacji o swojej sytuacji zawodowej do 4 tygodniu po zakończeniu udziału w projekcie. |  |  |
| Przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz załączniku do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „Twoja szansa zawodowa!”. | ☐ | ☐ |
| Zostałem/-am poinformowany/a, że HDA-CENTRUM SZKOLENIA, DORADZTWA FINANSOWEGO I BIZNESU HUBERT DURLIK jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączniku. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez HDA-CENTRUM SZKOLENIA, DORADZTWA FINANSOWEGO I BIZNESU HUBERT DURLIK wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny System Teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027).  Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania. | ☐ | ☐ |
| Zostałem/-am poinformowany/a, że HDA-CENTRUM SZKOLENIA, DORADZTWA FINANSOWEGO I BIZNESU HUBERT DURLIK zapewnia standard ochrony danych zgodnie z 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). | ☐ | ☐ |
| Zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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. | ☐ | ☐ |
| Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów, filmów z moim wizerunkiem przez HDA-CENTRUM SZKOLENIA, DORADZTWA FINANSOWEGO I BIZNESU HUBERT DURLIK. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Wojewódzkiego Urzędu Pracy. | ☐ | ☐ |
| Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie. | ☐ | ☐ |
| Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych na potrzeby projektu. | ☐ | ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ, DATA** | **CZYTELNY PODPIS** |
|  |  |