



Załącznik do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**DO PROJEKTU: „NOWE KWALIFIKACJE SZANSĄ NA LEPSZĄ PRZYSZŁOŚĆ”**  
**NR: RPSW.08.05.03-26-0081/19**

**Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:**

Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

**DANE PERSONALNE**

Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski



### DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA (właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)   | <input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)  |
| <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  | Ponadgimnazjalne:<br><input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia ogólna<br><input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia zawodowa<br><input type="checkbox"/> ukończona szkoła zasadnicza zawodowa |
| <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym) | <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)   |

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

- 1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy<sup>1</sup>:**  TAK  NIE  
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej wymagane jest załączenie do formularza zgłoszeniowego aktualnego zaświadczenia z MUP/PUP o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna, potwierdzającego w/w fakt  
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną w myśl Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa:  TAK  NIE
- 2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy<sup>1</sup>:**  TAK  NIE  
W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną w myśl Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa:  TAK  NIE
- 3. Jestem osobą bierną zawodowo<sup>2</sup>**  TAK  NIE  
W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego)  TAK  NIE  
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu  TAK  NIE
- 4. Jestem osobą pracującą<sup>3</sup>**  TAK  NIE

<sup>1</sup> Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

<sup>2</sup> Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca 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) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

<sup>3</sup> Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np.: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa, architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze, rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować, osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



zatrudnioną w:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> administracji rządowej  | <input type="checkbox"/> administracji samorządowej                  | <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej                |
| <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie | <input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie | <input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek |
| <input type="checkbox"/> inne                    |  |  |

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu                                 | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego                |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego              |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy               |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego      |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej                     | <input type="checkbox"/> rolnik   |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____   |   |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji): \_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

- Jestem osobą fizyczną uczącą się/pracującą/zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na obszarze województwa świętokrzyskiego  TAK  NIE
- Jestem osobą dorosłą w wieku 18 lat i więcej  TAK  NIE
- Jestem osobą z własnej inicjatywy zainteresowaną zdobyciem/uzupełnieniem/podwyższeniem kwalifikacji zawodowych poprzez udział w kursach zawodowych realizowanych w ramach projektu  TAK  NIE
- Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  TAK, nie korzystam z tego samego typu wsparcia  NIE
- Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu (informacji o sytuacji na rynku pracy i informacji na temat uczestnictwa w kształceniu/szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji) w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie  TAK  NIE
- Jestem osobą z niepełnosprawnością  TAK  NIE  
*W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność.*
- Jestem osobą zamieszkującą obszary wiejskie  TAK  NIE
- Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej/ migrantem/ osobą obcego pochodzenia  TAK  NIE
- Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE



10. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  TAK  NIE

#### WYBRANY SPOSÓB POINFORMOWANIA O WYNIKACH REKRUTACJI:

Wnioskuję o poinformowanie mnie o wynikach rekrutacji w następujący sposób:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

#### INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU KURSAMI W PROJEKCIE

**Oświadczam, że jestem zainteresowany/a następującym kursem realizowanym w ramach projektu (należy zaznaczyć tylko jeden kurs spośród podanych poniżej i właściwe oświadczenia):**

1. Specjalista ds. transportu i logistyki+ prawo jazdy kat. C  TAK

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że mam ukończone 21 lat, posiadam prawo jazdy kat. B i nie posiadam prawa jazdy kategorii C  TAK, spełniam w/w wymagania

2. Opiekunka środowiskowa + prawo jazdy kat. B  TAK

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że nie posiadam prawa jazdy kategorii B  TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy

3. Kurs masażu klasycznego (masażysta) + prawo jazdy kat. B  TAK

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że nie posiadam prawa jazdy kategorii B  TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy

4. Kosmetyczka (wizaż i pielęgnacja) + prawo jazdy kat. B  TAK

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że nie posiadam prawa jazdy kategorii B  TAK, nie posiadam w/w prawa jazdy

5. Operator wózków widłowych z obsługą i wymianą butli gazowej  TAK

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że nie posiadam uprawnień z UDT w zakresie obsługi wózków widłowych i wymiany butli gazowej  TAK, nie posiadam w/w uprawnień

#### POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość”, numer projektu: RPSW.08.05.03-26-0081/19), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość” (numer projektu: RPSW.08.05.03-26-0081/19) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_



Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

**Data i czytelny podpis:** \_\_\_\_\_

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
  - a) udzielenia wsparcia,
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewaluacji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczenia projektu,
  - i) zachowania trwałości projektu,
  - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w 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 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - POWIAT WŁOSZCZOWSKI/ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE, ul. Koniecpolska 40, 29-100 Włoszczowa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - PROJECT HUB SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Cienistej 3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.



- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Nowe kwalifikacje szansą na lepszą przyszłość” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez POWIAT WŁOSZCZOWSKI/ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE i PROJECT HUB SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ dla celów informacyjnych, promocyjnych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Miejscowość i data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)– zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

**Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:**

- 1) Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata- dotyczy osób niepełnosprawnych składających formularz zgłoszeniowy
- 2) Aktualne zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby zarejestrowanej jako osoba bezrobotna - dotyczy osób starających się u udział w projekcie, zarejestrowanych w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna