Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu: |  |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny: |  |  |

FORMULARZ REKRUTACYJNY

PROJEKT…………………………………………………………………………………….

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego na lata 2014-2020.

Oś priorytetowa 6: Rynek pracy

Działanie 6.2. Aktywizacja zawodowa

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE****KANDYDATA/KANDYDATKI** | Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |
| PESEL |  |
| Płeć | Kobieta (+5 pkt) |  | Mężczyzna |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Wiek (w chwili wypełniania formularza rekrutacyjnego) |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina |  | Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr mieszkania |  |
| Poczta  |  | Kod pocztowy |  |
| Obszar zamieszkiwania | ❑ miejski ❑ wiejski |
| **Dane kontaktowe** |
| Telefon |  |
| E-mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poziom wykształcenia | ISCED 0 - Brak  |  | ISCED 3 Średnie/Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  |
| ISCED 1 Podstawowe |  | ISCED 4 Policealne |  |
| ISCED 2 Gimnazjalne |  | ISCED 5-8 Wyższe |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Niepełnosprawny/Niepełnosprawna** **–** osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia |  ❑ TAK ❑ NIE(jako załącznik przedkładam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności) |
| **Bezrobotny/Bezrobotny****zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy**  – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. |  ❑ TAK ❑ NIE(jako załącznik przedkładamzaświadczenie z PUP) |
| **Bezrobotny/Bezrobotna** **niezarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna  |  ❑ TAK ❑ NIE(jako załącznik przedkładamoświadczenie dla osób bezrobotnychniezarejestrowanych w PUP) |
| **Bierny/Bierna zawodowo** - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, tzn. nie pracuje i nie jest zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy. 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 zarejestrowane już jako bezrobotne, wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo  |  ❑ TAK ❑ NIE(jako załącznik przedkładamoświadczenie o posiadaniustatusu osoby biernej zawodowo) |

**Do formularza prosimy o załączenie następujących dokumentów***:*

**-** kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu) - *jeżeli dotyczy*

- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – *jeśli dotyczy*

- oświadczenie o posiadaniu statusu osoby biernej zawodowo – *jeśli dotyczy*

- oświadczenie dla osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy – *jeśli dotyczy*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ****Oświadczam, że jestem:** | **TAK** | **NIE** |
| **Osobą powyżej 50 roku życia (+5pkt)** |  |  |
| **Osobą z niepełnosprawnością (+5pkt)** |  |  |
| **Posiadam wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne (+5 pkt)** |  |  |
| **Posiadam wykształcenie średnie/ponadgimnazjalne (+3 pkt)** |  |  |
| **Osobą długotrwale bezrobotną powyżej 12 miesięcy (+5 pkt)** |  |  |

|  |
| --- |
|  **MINIMALNY ZAKRES DANYCH KONIECZNY DO WPROWADZENIA DO CENTRALNEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku Projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. |
| **Oświadczam, że jestem:** | **Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia****-** cudzoziemcy, na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym, mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.  | 🞎 tak |
| 🞎 nie |
| 🞎 odmowa podania informacji |
| **Osobą bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań –** bezdomność 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: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, w schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane). | 🞎 tak |
| 🞎 nie |
| **Osobą z niepełnosprawnościami –** osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | 🞎 tak |
| 🞎 nie |
|  🞎 odmowa podania informacji |
| **Osobą w innej niż wymienione powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej –** kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, z wyłączeniem cech wykazanych we wskaźnikach dotyczących: osób z niepełnosprawnością. | 🞎 tak |
| 🞎 nie |
| 🞎 odmowa podania informacji |

**Oświadczam, że:**

* Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie …………………………………………………………………………………………………………
* Podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem,
* Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
* Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie ………………………………………………………………… , akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian,
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Regionalnego 2014 – 2020,
* Zostałem/am poinformowany/a, że ………………………………………………………………………………………………………………………. jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Korporację wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2014. 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 ………………………………………………………………………………………………………………………… 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).
* Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć, materiałów i filmów z moim wizerunkiem przez firmę …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. 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 w Poznaniu.
* Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
* 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.

|  |  |
| --- | --- |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA**……………………………………………………* |  *CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/TKI PROJEKTU* *…………………………………………………………………………* |