

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu	Wykwalifikowani 2!
Numer projektu	RPSW.08.05.03-26-0147/19
Oś priorytetowa:	RPSW.08.00.00 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo
Działanie:	RPSW.08.05.00 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego i kształcenia ustawicznego
Poddziałanie:	RPSW.08.05.03 Edukacja formalna i pozaformalna osób dorosłych (projekty konkursowe)
Beneficjent	PIOTR MATYSIAK „EL-TRANS”

Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole

DANE OSOBOWE									
Imię (imiona)									
Nazwisko									
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia						
Miejsce urodzenia									
PESEL <i>(w każdej kratce należy wpisać 1 cyfrę)</i>									
Wykształcenie	brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i>								<input type="checkbox"/>
	podstawowe – ISCED 1 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	gimnazjalne – ISCED 2 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i>								<input type="checkbox"/>
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	policealne – ISCED 4 <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>								<input type="checkbox"/>
	wyższe – ISCED 5-8 <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i>								<input type="checkbox"/>

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE				
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu		
Miejscowość				
Kod pocztowy		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
Województwo				
Powiat				
Nr telefonu				
Nr telefonu (inny)				
Adres e-mail				
Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej				
STATUS NA RYNKU PRACY				
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRACUJĄCĄ LUB UCZĄCĄ SIĘ LUB ZAMIESZKUJĄCĄ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego)			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRACUJĄCĄ, w tym:			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
w administracji rządowej			<input type="checkbox"/>	
w administracji samorządowej			<input type="checkbox"/>	
w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo)			<input type="checkbox"/>	
w organizacji pozarządowej			<input type="checkbox"/>	
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie			<input type="checkbox"/>	
inne ²			<input type="checkbox"/>	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(należy podać nazwę zakładu pracy oraz adres zakładu pracy)</p>				

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² Należy za pomocą X zaznaczyć właściwe miejsce zatrudnienia

Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.</i>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/-a do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia ³ , ale jednocześnie nie uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i nie jestem zarejestrowany/-a w PUP jako osoba bezrobotna.		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEAKTYWNA ZAWODOWO/BIERNA ZAWODOWO tj. pozostaję bez pracy i jednocześnie nie poszukuję pracy i/lub uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i/lub przebywam na urlopie wychowawczym ⁴ .		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą (przy czym czasowe zawieszenie działalności gospodarczej oznacza jej prowadzenie)		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
W przypadku odpowiedzi TAK proszę podać numer NIP		NIP	
Oświadczam, że	<input type="checkbox"/> JESTEM	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM	osobą odbywającą karę pozbawienia wolności
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (dane wrażliwe) <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument⁵</i>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Data ważności orzeczenia (o ile dotyczy)			

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „**Wykwalifikowani 2!**”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „**Wykwalifikowani 2!**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy z Urzędem Marszałkowskim Województwa Świętokrzyskiego, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.

³ Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

⁴ rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego

⁵ W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest przedłożenie innego dokumentu wydanego przez lekarza, poświadczającego stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. w szkoleniach zawodowych – prawo jazdy kat. C, prawo jazdy kat. CE, Kwalifikacja Wstępna Przyspieszona, kurs HDS, kurs ADR podstawy + cysterny – wraz z egzaminami państwowymi.
7. Zobowiązuje się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie tj. statusu na rynku pracy i potwierdzenia uzyskania kwalifikacji.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Piotr Matysiak „EL TRANS”, 27-100 Iłża, ul. Garbarska 10a na potrzeby rekrutacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU