

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.
Numer wniosku	WND-RPSL.07.01.03-24-0418/19
Priorytet w ramach, którego realizowany jest projekt	VII. Regionalny rynek pracy
Działanie w ramach, którego realizowany jest projekt	7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu
Poddziałanie w ramach, którego realizowany jest projekt	7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia – konkurs

Proszę o wypełnienie czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane osobowe kandydata/-ki do projektu			
Dane podstawowe	1.	Imię (imiona)	
	2.	Nazwisko	
	3.	Data urodzenia	
	4.	Miejsce urodzenia	
	5.	PESEL	
	6.	Wykształcenie (Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji)	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
	7.	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

Dane kontaktowe - adres zamieszkania w rozumieniu art. 25 kodeksu cywilnego tj. miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu	8.	Województwo		
	9.	Powiat		
	10.	Gmina		
	11.	Miejscowość		
	12.	Ulica		
	13.	Nr budynku		
	14.	Nr lokalu		
	15.	Kod pocztowy		
	16.	Telefon kontaktowy		
17.	Adres e-mail			
Dane dotyczące statusu na rynku pracy	18.	Jestem osobą bezrobotną: <i>jeśli tak proszę o uzupełnienie ppkt. a., b., c.,</i>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		a. zarejestrowana w ewidencji urzędów (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)		<input type="checkbox"/> TAK ¹ <input type="checkbox"/> NIE
		b. niezarejestrowana w ewidencji urzędów (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)		<input type="checkbox"/> TAK ² <input type="checkbox"/> NIE
		c. długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	19.	Jestem osobą bierną zawodowo (osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna – osoba pozostająca bez pracy i nieposzukująca pracy). <i>jeśli tak proszę o uzupełnienie ppkt. a., b.,</i>		<input type="checkbox"/> TAK ³ <input type="checkbox"/> NIE
		a. Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		b. Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
20.	Jestem osobą pracującą: <i>jeśli tak proszę o uzupełnienie ppkt. a., b., c.,</i>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

¹Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć aktualne zaświadczenie z PUP

²Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie z ZUSu o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń

³Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie z ZUSu o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

		a. uboga pracująca	<input type="checkbox"/> TAK ⁴ <input type="checkbox"/> NIE
		b. zatrudniona na umowie krótkoterminowej oraz pracująca w ramach umowy cywilno-prawnej, której miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia	<input type="checkbox"/> TAK ⁵ <input type="checkbox"/> NIE
		w tym:	
		Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Zatrudniony w: (nazwa przedsiębiorstwa)	
		Na stanowisku:	
Dane dotyczące niepełnosprawności	21.	Posiadam status osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK ⁶ <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą prowadzącą własną działalność gospodarczą	22.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	23.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

⁴ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopie umowy o pracę potwierdzoną za zgodność z oryginałem / oświadczenie o dochodach przypadających na 1 członka rodziny

⁵ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie o zarobkach w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień: złożenia dokumentów rekrutacyjnych oraz przystąpienia do projektu

⁶ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej odbywa się: w oparciu o dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym	24.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystałem/am ze wsparcia włączenia społecznego w ramach projektów CT 9 RPO WSL tj. działań: 9.1 RPO WSL 2014-2020; 9.2 RPO WSL 2014-2020; 9.3 RPO WSL 2014-2020			
		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Spełnienie wymagań grupy docelowej projektu – oświadczam, że:			
1.	Zamieszkuję na obszarze OSI województwa śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Nie pracuję tj: (jeśli TAK proszę o zaznaczanie odpowiedzi w ppkt a-c poniżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	a. Jestem osobą bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b. Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	c. Należę do grupy osób znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy (jeśli TAK proszę o zaznaczanie odpowiedzi w ppkt A-D poniżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	A. Jestem osobą powyżej 50 roku życia;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	B. Jestem osobą długotrwale bezrobotną;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	C. Jestem osobą o niskich kwalifikacjach (posiadam wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie);	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	D. Jestem kobietą;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Pracuję: (jeśli TAK proszę o zaznaczanie odpowiedzi w ppkt a-c poniżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	a. Jestem osobą ubogą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b. Jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy krótkoterminowej oraz pracującą w ramach umowy cywilno-prawnej, której miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Jestem imigrantem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Jestem reemigrantem	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Mam ukończony 30 rok życia;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

Oświadczam, że jestem:		
1.	Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	TAK NIE ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
2.	Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK NIE ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

DODATKOWE INFORMACJE DOT. OCZEKIWAŃ		
Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie szkolenia w ramach projektu		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem zainteresowany/-a odbyciem zarówno szkolenia jak i stażu w ramach projektu		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Preferowany termin szkolenia	<input type="checkbox"/> dni robocze	<input type="checkbox"/> weekendy
	<input type="checkbox"/> tryb mieszany	
Preferowane godziny szkolenia	<input type="checkbox"/> godziny poranne	<input type="checkbox"/> godziny popołudniowe
	<input type="checkbox"/> godziny wieczorne	<input type="checkbox"/> tryb mieszany

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM		
1.	Załącznik nr 2 Zaświadczenie pracodawcy o zarobkach	<input type="checkbox"/>
2.	Załącznik nr 3 Oświadczenie o dochodach przypadających na 1 członka rodziny	<input type="checkbox"/>
3.	Załącznik nr 4 Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie	<input type="checkbox"/>
4.	Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/>
5.	Zaświadczenie z ZUSu o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie z PUP	<input type="checkbox"/>

„Wykorzystaj swój potencjał! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej: VII. Regionalny rynek pracy dla działania: 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu dla poddziałania: 7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia - konkurs

Ja niżej podpisany/a legitymujący się dowodem osobistym nr Wydany przez oświadczam, że:

1. Deklaruję swój udział w Projekcie „Wykorzystaj swój sukces zawodowy! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.”
2. Zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w Projekcie zawartymi w *REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE* „Wykorzystaj swój sukces zawodowy! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” i akceptuję jego treść;
3. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Wykorzystaj swój sukces zawodowy! Popraw swoją sytuację na rynku pracy.” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

.....
(miejsowość, data)

.....
(Czytelny podpis Uczestnika Projektu)

* Niepotrzebne skreślić