



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE – OSOBY MŁODOCIANE

|                                            |                                                                     |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Tytuł projektu</b>                      | Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców |
| <b>Numer projektu</b>                      | FESL.07.03-IP.02-0B90/24                                            |
| <b>Beneficjent –<br/>Lider Projektu:</b>   | Niepubliczne Centrum Kształcenia Ustawicznego Sp. z o.o.            |
| <b>Beneficjent -<br/>Partner Projektu:</b> | Bytom – miasto na prawach powiatu: Powiatowy Urząd Pracy w Bytomiu  |
| <b>Program</b>                             | Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027                |
| <b>Priorytet</b>                           | FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa                   |
| <b>Działanie</b>                           | FESL.07.03 – Integracja społeczno-gospodarcza cudzoziemców          |

Formularz należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami przez opiekuna prawnego osoby młodocianej. W miejscach z kwadracikami należy zaznaczyć symbolem „X” odpowiednie pole.

| DANE OSOBOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU                          |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Imię                                                                    |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Nazwisko                                                                |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Data urodzenia<br>(dd-mm-rrrr)                                          |                                                                                                                                          | Wiek w chwili<br>przystąpienia do<br>rekrutacji |                          |
| PESEL                                                                   | _____                                                                                                                                    | Brak numeru PESEL                               | <input type="checkbox"/> |
| Obywatelstwo                                                            |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Wykształcenie                                                           | <input type="checkbox"/> Brak lub wykształcenie podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - ISCED 1)              |                                                 |                          |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - ISCED 2)                                   |                                                 |                          |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły średniej - ISCED 3) |                                                 |                          |
| Płeć                                                                    | <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MEŻCZYŻNA                                                                      |                                                 |                          |
| MIEJSCE ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Telefon kontaktowy                                                      |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Adres e-mail                                                            |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Województwo                                                             |                                                                                                                                          |                                                 |                          |
| Powiat                                                                  |                                                                                                                                          |                                                 |                          |



|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Gmina                                                              |  |
| Miejscowość                                                        |  |
| Kod pocztowy                                                       |  |
| Ulica                                                              |  |
| Numer budynku i<br>lokalu                                          |  |
| Adres<br>korespondencyjny<br>(jeśli jest inny niż<br>zamieszkania) |  |

| DANE OSOBOWE OPIEKUNA PRAWNEGO                 |  |
|------------------------------------------------|--|
| Imię                                           |  |
| Nazwisko                                       |  |
| Relacja z uczestnikiem                         |  |
| Telefon kontaktowy                             |  |
| Adres e-mail                                   |  |
| Adres zamieszkania<br>(jeśli inny niż dziecka) |  |

| SYTUACJA SPOŁECZNO-ZAWODOWA KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Czy dziecko uczęszcza do szkoły</b>    <input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli TAK- nazwa szkoły i klasa .....</p> <p>.....</p>                                                         |
| <p><b>Czy dziecko wymaga specjalnych potrzeb – proszę zaznaczyć właściwe:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową</p> <p>Jeżeli TAK, proszę opisać jakie .....</p> |



☐ **Inne specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie**

Jeżeli TAK, proszę opisać jakie .....

☐ **Zapewnienie tłumacza języka migowego**

Jeżeli TAK, proszę opisać jakie .....

☐ **Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką, druk z użyciem alfabetu Braille'a**

Jeżeli TAK, proszę opisać jakie .....

☐ **Inne specjalne potrzeby (np. potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych)**

Jeżeli TAK, proszę opisać jakie .....

### **Oświadczenia Kandydata/ kandydatki**

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą młodocianą tj. w wieku od 15 – 17 lat (potwierdzeniem kwalifikowalności będzie dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość – do wglądu oraz świadectwo szkolne lub zaświadczenie z placówki edukacyjnej potwierdzające uczęszczanie do szkoły w Polsce oraz zgoda opiekuna prawnego na udział w projekcie)

☐ TAK

☐ NIE

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą nie posiadającą obywatelstwa polskiego ani żadnego z krajów UE, ani krajów takich jak Norwegia, Islandia, Lichtenstein oraz Szwajcaria

☐ TAK

☐ NIE

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą przebywającą w Polsce legalnie, na podstawie dokumentów upoważniających do pobytu lub pracy (potwierdzeniem kwalifikowalności będą dokumenty potwierdzające prawo do pobytu lub pracy w Polsce, takie jak wiza, karta pobytu czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) oraz dokumenty potwierdzające objęcie ochroną (np. status uchodźcy, ochrona uzupełniająca)

☐ TAK

☐ NIE

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę - potwierdzeniem kwalifikowalności jest dokument wskazujący na objęcie ochroną czasową (zaświadczenie o nadaniu numeru PESEL ze statusem UKR lub zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców)

☐ TAK

☐ NIE

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie<sup>1</sup>

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMOWA PODANIA

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą narażoną na dyskryminację wielokrotną<sup>2</sup>

☐ TAK

☐ NIE

☐ ODMOWA PODANIA

**Oświadczam, że moje dziecko jest** osobą zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa Śląskiego

☐ TAK

☐ NIE

<sup>1</sup> Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>2</sup> Dyskryminacja wielokrotna (intersekcyjna) - to sytuacja, w której osoba doświadcza dyskryminacji ze względu na swoje współistniejące cechy, takie jak płeć, rasa, orientacja seksualna, wiek, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność, religia i inne.



|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oświadczam, że moje dziecko jest osobą z niepełnosprawnością<sup>3</sup></b><br>(potwierdzeniem kwalifikowalności jest orzeczenie o niepełnosprawności<br>wydane przez odpowiednie organy)              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA |
| <b>Oświadczam, że moje dziecko jest osobą, która nie otrzymuje jednocześnie<br/>wsparcia w innym projekcie z zakresu integracji społeczno-gospodarczej<br/>cudzoziemców dofinansowanej ze środków EFS+</b> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                            |

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego

| WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM |                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1                                                        | Załącznik nr 1 Wyrażenie zgody na udział dziecka w projekcie                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                        | Załącznik nr 2 Oświadczenie opiekuna prawnego osoby małoletniej aplikującej do projektu                                          | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                        | Załącznik nr 3 Oświadczenie opiekuna prawnego osoby małoletniej aplikującej do projektu o zamieszkaniu na terenie woj. Śląskiego | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                        | Świadectwo szkolne lub zaświadczenie z placówki edukacyjnej potwierdzające uczęszczanie do szkoły w Polsce                       | <input type="checkbox"/> |

| WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA WPŁYWU                                                             |  |
| OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI |  |
| OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE<br>(imię i nazwisko oraz podpis)           |  |
| NUMER FORMULARZA<br>(nadaje pracownik Biura Projektu)                   |  |

<sup>3</sup> Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022r. poz. 223).



Załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego

### WYRAŻENIE ZGODY NA UDZIAŁ DZIECKA W PROJEKCIE

„Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” NR FESL.07.03-IP.02-0B90/24

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

Jako opiekun prawny .....  
(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, iż:

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w projekcie „Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” nr FESL.07.03-IP.02-0B90/24, który **jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027**, Priorytet FESL.07.00 Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.03 Integracja społeczno-gospodarcza cudzoziemców, realizowany przez Niepubliczne Centrum kształcenia Ustawicznego Sp. z o.o. w partnerstwie z Powiatowym Urzędem Pracy w Bytomiu.
2. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” i zgodnie z jego wymogami moje dziecko jest uprawnione do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Oświadczam, iż moje dziecko spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie.
4. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mojego dziecka do udziału w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
6. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż miejsce zamieszkania mojego dziecka.
7. Dane osobowe moje oraz mojego dziecka i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” **jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego



Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY MAŁOLETNIJ APLIKUJĄCEJ DO PROJEKTU- „Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” NR FESL.07.03-IP.02-0B90/24**

W związku ze zgłoszeniem chęci przystąpienia mojego dziecka do projektu pn. „Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich oraz danych osobowych mojego dziecka oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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.
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych
  - a) Uczestnika projektu: Dane uczestników projektów FE SL 2021-2027 (nazwiska i imiona, adres zamieszkania lub pobytu, PESEL, miejsce pracy, zawód, wykształcenie, numer telefonu, wiek, adres email, informacja o bezdomności, sytuacja społeczna i rodzinna, migrant, pochodzenie etniczne, stan zdrowia) - zakres zgodny z Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027.
  - b) Opiekuna prawnego: Imię, nazwisko, relacja z uczestnikiem, adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail
3. Moje dane oraz dane mojego dziecka będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do dnia zakończenia archiwizacji dokumentacji związanej z realizacją projektu lub wycofania zgody.
4. Administratorami (współadministrowanie) danych osobowych są: Niepubliczne Centrum Kształcenia Ustawicznego Sp. z o.o., ul. Fabryczna 7, 41-400 Mysłowice (Lider projektu) oraz Powiatowy Urząd Pracy w Bytomiu (Partner projektu)
5. *Moje dane osobowe oraz dane osobowe mojego dziecka będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu*
6. *Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: Niepubliczne Centrum Kształcenia Ustawicznego Sp. z o.o. (Lider projektu): [edytaklis@interia.pl](mailto:edytaklis@interia.pl) oraz Powiatowy Urząd Pracy w Bytomiu (Partner projektu): [iod@pupbytom.com.pl](mailto:iod@pupbytom.com.pl)*
7. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
  - 1) Beneficjenta – Lidera projektu - Niepubliczne Centrum Kształcenia Ustawicznego Sp. z o.o., ul. Fabryczna 7, 41-400 Mysłowice – [edytaklis@interia.pl](mailto:edytaklis@interia.pl)
  - 2) Beneficjenta – Partnera projektu – Bytom – miasto na prawach powiatu – Powiatowy Urząd Pracy w Bytomiu, [urząd@pupbytom.com.pl](mailto:urząd@pupbytom.com.pl), kontakt z IOD: [iod@pupbytom.com.pl](mailto:iod@pupbytom.com.pl)
  - 3) Instytucję Pośredniczącą - Wojewódzki Urząd Pracy z siedzibą przy ul. Kościuszki 30, 40-048 Katowice pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – [iod@wup-katowice.pl](mailto:iod@wup-katowice.pl)
  - 4) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
  - 5) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej
8. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.
10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Miejscowość, data:.....

Czytelny podpis opiekuna prawnego:.....

Lider projektu:

NCKU

Partner projektu:





Załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO KANDYDATA/ KANDYDATKI (OS. MAŁOLETNIA) NA UCZESTNIKA  
PROJEKTU**

**„Razem w Zespole: Efektywne szkolenia dla cudzoziemców i pracodawców” NR FESL.07.03-IP.02-0B90/24**

**O ZAMIESZKANIU NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO**

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

Opiekun prawny .....  
(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, że moje dziecko zamieszkałe przy ulicy..... nr  
..... Kod pocztowy .....-....., miejscowość .....  
Województwo ..... mieszka na terenie interwencji projektu tj. woj.  
Śląskiego oraz że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto zostałem/am poinformowany/na o  
odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

*Miejscowość i data*

.....

*Czytelny podpis opiekuna prawnego*



|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FORMY WSPARCIA DLA OSÓB MŁODOCIANYCH W RAMACH PROJEKTU:</b>                          |
| Szkolenia/kursy dla młodocianych – 60 godz. (język polski, język angielski, matematyka) |
| Poradnictwo zawodowe dla młodocianych                                                   |