**„Nie daj się wykluczeniu!”**

nr RPWM.11.01.02-28-0015/20 realizowany w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Nie daj się wykluczeniu!”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

DANE PODSTAWOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Imię: | Województwo: |
| Nazwisko: | Powiat: |
| PESEL: | Gmina: |
| Wiek: | Miejscowość: |
| Płeć: | Ulica: |
| Nr telefonu: | Nr budynku: Nr lokalu: |
| Email: | Kod pocztowy: |

WYKSZTAŁCENIE

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 BRAK | 🞎 ISCED 3 – Ponadgimnazjalne |
| 🞎 ISCED 1 – Podstawowe | 🞎 ISCED 4 – Policealne |
| 🞎 ISCED 2 – Gimnazjalne | 🞎 ISCED 5 – 8 – Wyższe |

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA OBLIGATORYJNE

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Jestem osobą zamieszkującą na terenie MOF Olsztyna województwa warmińsko-mazurskiego (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) | 🞎 Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, w tym:   * bierną zawodowo * bezrobotną, wobec której zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym, w tym: * osobą zarejestrowaną w PUP[[1]](#footnote-1) * osobą niezarejestrowaną w PUP |
| 🞎 Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| 🞎 Nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (lub jestem objęty/-a dozorem elektronicznym) |
| 🞎 Jestem osobą w wieku 18 – 64 |

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA PREMIUJĄCE

|  |
| --- |
| 🞎 Jestem osobą z niepełnosprawnością. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  🞎 lekkim 🞎 umiarkowanym 🞎 znacznym  (należy załączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia) |
| 🞎 Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub zaburzeniami psychicznymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną i/lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |
| 🞎 Jestem osobą powyżej 50 roku życia |
| 🞎 Jestem osobą korzystającą z PO PŻ  Proszę opisać jakie działania były lub są realizowane w ramach **działań towarzyszących** w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020: |
| 🞎 Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego |

DODATKOWE POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ KANDYDATA/-TKĘ

|  |
| --- |
| Proszę określić bariery związane z udziałem w projekcie wynikające z niepełnosprawności: |
| Proszę określić specjalne wymagania (w tym wynikające z niepełnosprawności) |

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Nie daj się wykluczeniu!” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, akceptuję wszystkie postanowienia w/w regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w w/w regulaminie.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Nie daj się wykluczeniu!” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości udziału w badaniu ewaluacyjnym.
5. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta projektu w celach rekrutacji i realizacji projektu zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz 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).
6. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta – Fundacja Instytut Edukacji, al. Armii Krajowej 220 lok. 1/111, 43-316 Bielsko-Biała oraz Partnera – Humaneo, ul. Nawojowska 12, 33-300 Nowy Sącz.
7. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
8. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji (w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie).
9. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie).

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI  NA UCZESTNIKA PROJEKTU |

1. Należy załączyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy [↑](#footnote-ref-1)