**„Razem ku aktywności!”**

nr RPSL.09.01.05-24-060E/19 realizowany w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Razem ku aktywności!”. 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:  |

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA OBLIGATORYJNE

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Jestem osobą uczącą się lub zamieszkującą (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) na obszarze województwa śląskiego, w mieście Bytom  | 🞎 Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia**,** w tym:* bierną zawodowo[[1]](#footnote-1)
* 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[[2]](#footnote-2)
* osobą niezarejestrowaną w PUP[[3]](#footnote-3)
 |
| 🞎 Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej |
| 🞎 Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| 🞎 Nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (lub jestem objęty/-a dozorem elektronicznym) |
|  |

WYKSZTAŁCENIE

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

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA PREMIUJĄCE

|  |
| --- |
| 🞎 Jestem osobą z niepełnosprawnością[[4]](#footnote-4), w tym w stopniu:🞎 znacznym 🞎 umiarkowanym 🞎 lekkim |
| 🞎 Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |
| 🞎 Nie posiadam kwalifikacji zawodowych |
| 🞎 Nie posiadam doświadczenia zawodowego |
| 🞎 Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego |
| 🞎 Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z realizacją programów rewitalizacji |
| 🞎 Jestem osobą korzystającą z PO PŻProszę opisać jakie działania były lub są realizowane w ramach **działań towarzyszących** w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020:     |

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 „Razem ku aktywności!” 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 Śląskiego na lata 2014-2020.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Razem ku aktywności!” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. 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).
5. 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 – Fundacji Instytut Edukacji, al. Armii Krajowej 220 lok 1/111, 43-316 Bielsko-Biała oraz Partnera – Pozaszkolny Ośrodek Kształcenia Zawodowego "System" Sp. z o.o., Bobolice 53, 42-320 Niegowa.
6. 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).
7. 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).
8. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społecznej (w terminie do 3 miesięcy 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 |

Potwierdzam zgodność wpisanych powyżej danych z przedstawionym dowodem osobistym

|  |
| --- |
|   |
| PODPIS PRACOWNIKA BIURA PROJEKTU |

1. Należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przebiegu ubezpieczeń [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy załączyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przebiegu ubezpieczeń [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przebiegu ubezpieczeń [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy załączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia [↑](#footnote-ref-4)