



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Cyfrowa Akademia Kompetencji” nr FESL.06.08-IP.02-0978/24
realizowanego przez Fundację Instytut Edukacji w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Cyfrowa Akademia Kompetencji”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (na komputerze lub WIELKIMI LITERAMI).

Dane osobowe:

Imię (imiona) i nazwisko

PESEL/ inny identyfikator

Wiek

Płeć

Obywatelstwo

Dane kontaktowe:

Adres zamieszkania (ulica, numer domu, numer lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
.....

Gmina

Powiat

Województwo

Numer telefonu

E-mail



Wykształcenie:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Brak | ☐ Ponadgimnazjalne |
| ☐ Podstawowe | ☐ Policealne |
| ☐ Gimnazjalne | ☐ Wyższe |

Oświadczenia Osoby kandydującej do Projektu:

- ☐ Uczę się, pracuję lub zamieszkuję w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego (tj. miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) na obszarze województwa śląskiego.
- ☐ Jestem osobą w wieku od 18 lat.
- ☐ Jestem osobą o niskich kompetencjach i umiejętnościach podstawowych.
- ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnością.
- ☐ Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.
- ☐ Jestem osobą należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych.
- ☐ Jestem osobą bezrobotną.
- ☐ Zgłaszam się do udziału w Projekcie z własnej inicjatywy.
- ☐ Deklaruję, że udział w formach wsparcia będzie odbywać się poza moimi godzinami i miejscem pracy.

Specjalne potrzeby Osoby kandydującej do Projektu wynikające z niepełnosprawności (wypełnić, jeśli dotyczy)

Proszę zaznaczyć usługi, których dostępność umożliwi komfortowe i pełne uczestnictwo w Projekcie:

- ☐ tłumacz PJM
- ☐ tłumacz SJM
- ☐ tłumacz SKOGN
- ☐ pętla indukcyjna
- ☐ powiększony tekst
- ☐ materiały w alfabecie Braille'a
- ☐ wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust
- ☐ wsparcie asystenta: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową
- ☐ obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- ☐ zapewnienie warunków dla psa asystującego
- ☐ szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia, jakie?
- ☐ inne

Ankieta potrzeb

Proszę zaznaczyć preferowane dni/godziny wsparcia:

- ☐ w tygodniu (poniedziałek – piątek) – godziny poranne
- ☐ w tygodniu (poniedziałek – piątek) – godziny popołudniowe
- ☐ w weekendy (sobota – niedziela) – godziny poranne
- ☐ w weekendy (sobota – niedziela) – godziny popołudniowe

Proszę wskazać preferowane miejsce realizacji wsparcia:

.....

Proszę wskazać specjalne wymagania oraz indywidualne potrzeby, które umożliwią komfortowe i pełne uczestnictwo w projekcie:

.....

.....

.....

Oświadczenia:

1. Znane mi są zasady rekrutacji oraz udziału w projekcie „Cyfrowa Akademia Kompetencji” zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa. Akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz deklaruję, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie.
2. Poinformowano mnie, że projekt „Cyfrowa Akademia Kompetencji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 6.8 Upskilling pathways, Priorytetu VI Fundusze Europejskie dla edukacji Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Cyfrowa Akademia Kompetencji” 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.
6. Zobowiązuję się do niezwłocznego 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).

Uprzedzono mnie o odpowiedzialności karnej 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 pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
**CZYTELNY PODPIS OSOBY
KANDYDUJĄCEJ DO PROJEKTU**

Potwierdzam zgodność podanych powyżej danych z przedstawionym dokumentem tożsamości

.....
**DATA WPŁYWU DOKUMENTÓW
REKRUTACYJNYCH**

.....
**CZYTELNY PODPIS PRACOWNIKA
BIURA PROJEKTU**