

Załącznik 1 do Regulaminu projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wielkopolskie Centrum Aktywności Zawodowej III Edycja”

.....
(data wpływu i podpis osoby przyjmującej dokumenty)

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

INFORMACJE PODSTAWOWE											
Imię i nazwisko											
PESEL											Wiek ¹
Miejsce urodzenia								Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
Telefon kontaktowy								Adres e-mail			
Miejsce zamieszkania ²	Miejscowość: Ulica: Nr domu: Nr lokalu: Kod pocztowy: Gmina: Powiat: Województwo.....										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)										

¹ Wiek uczestników określany jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

² Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

STATUS NA RYNKU PRACY

OŚWIADCZAM, ŻE:

<p>jestem osobą bierną zawodowo (nie pracuję i nie jestem bezrobotna)</p> <p><i>- należy dołączyć zaświadczenie z ZUS</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.</p> <p><i>- należy dołączyć dokument wydany przez właściwą instytucję np. ośrodek pomocy społecznej</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>jestem osobą z niepełnosprawnościami.</p> <p><i>-należy dołączyć kserokopię (potwierdzoną za zgodność z oryginałem), orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia, który został wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia;</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<p>jestem osobą z niepełnosprawnościami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, - lub z niepełnosprawnością sprzężoną, - lub osobą z zaburzeniami psychicznymi i/lub osobą z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych). <p><i>- należy dołączyć kserokopię (potwierdzoną za zgodność z oryginałem), orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia, który został wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia;</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
<p>jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>jestem osobą spełniającą przesłankę ubóstwa, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj. ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzebie ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzebie ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>jestem migrantem, lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/-y wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej:	
Alternatywne formy materiałów:	
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	
Specjalne wyżywienie:	
Inne:	

OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
<p>Oświadczam, że spełniam warunki dla grupy docelowej niniejszego projektu określone w Regulaminie projektu, tj. jestem osobą:</p> <p>a) bierną zawodowo,</p> <p>b) zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,</p> <p>c) z obszaru województwa wielkopolskiego (w przypadku osób fizycznych - zamieszkują one na obszarze województwa wielkopolskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, natomiast w przypadku osób bezdomnych, przebywają one na tym obszarze)(nie dotyczy imigrantów i reemigrantów).</p> <p style="text-align: right;">..... (czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego Kandydata/Kandydatki <i>(jeśli dotyczy)</i>)³</p>

OŚWIADCZENIE
<p>JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:</p> <p>- zapoznałem/am się i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu projektu „Wielkopolskie Centrum Aktywności Zawodowej III Edycja”,</p>

³ W przypadku uczestnictwa osoby mającej ustanowionego opiekuna prawnego dokument powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna.

- wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego (złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie),
- zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Realizatorowi projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Realizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzieło lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie,
- wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, testach sprawdzających poziom wiedzy, egzaminach oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Wielkopolskie Centrum Aktywności Zawodowej III Edycja”,
- mam świadomość, iż w ramach projektu jestem zobowiązany/a do zawarcia kontraktu równoważnego z kontraktem socjalnym (w przypadku osób bezdomnych - indywidualny program wychodzenia z bezdomności; w przypadku osób uczęszczających na zajęcia w ramach CIS – indywidualny program zatrudnienia socjalnego; w przypadku osób niepełnosprawnych oraz osób w ramach interwencji kryzysowej program działań indywidualnych na zasadach analogicznych jak dla kontraktu socjalnego), tj. porozumienie z Realizatorem projektu określającego prawa i obowiązki stron, uwzględniającego IŚR oraz mającego na celu postęp uczestników w aktywizacji społeczno-zawodowej oraz jego pomiar.
- zostałem/am poinformowany/a że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. stają się własnością tych podmiotów i nie mam prawa żądać ich zwrotu.

Upředzony/upředzona o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna
prawnego Kandydata/Kandydatki (jeśli dotyczy))⁴

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesyłania informacji o szkoleniach realizowanych przez Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o.: ☐ TAK ☐ NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna
prawnego Kandydata/Kandydatki (jeśli dotyczy))⁵

⁴ W przypadku uczestnictwa osoby mającej ustanowionego opiekuna prawnego dokument powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna.

Jakie motywy skłoniły Pana/Panią do wzięcia udziału w projekcie:

- ☐ chcę zdobyć nowe kwalifikacje i umiejętności
- ☐ chcę zdobyć doświadczenie zawodowe
- ☐ chcę znaleźć pracę
- ☐ jest to dla mnie szansa na zmianę mojej sytuacji zawodowej
- ☐ jest to okazja do poznania nowych ludzi i nawiązania nowych kontaktów interpersonalnych

ZAŁĄCZNIKI

- ☐ zaświadczenie z ZUS
- ☐ zaświadczenie z właściwej instytucji np. ośrodka pomocy społecznej
- ☐ kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego stan zdrowia
- ☐ inne.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie, Al. Racławickie 8, lok. 18A, 20-037 Lublin, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód podnr 0000654055, REGON: 366134837, NIP: 7123325938.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: daneosobowe@csi.info.pl.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rekrutacji i przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia i przechowywane przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu przez Państwo Polskie do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończonego Projektu, do którego udziału realizowana jest rekrutacja dotycząca Pani/Pana osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej www.csi.lublin.pl.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma

⁵ W przypadku uczestnictwa osoby mającej ustanowionego opiekuna prawnego dokument powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna.

wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna
prawnego Kandydata/Kandydatki (jeśli dotyczy))⁶

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(czytelny podpis osoby reprezentującej **Realizatora projektu**)

⁶ W przypadku uczestnictwa osoby mającej ustanowionego opiekuna prawnego dokument powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna.