Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA

do projektu **„Kierunek sukces!”**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer projektu | POWR.01.02.01-24-0048/18 |
| Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt | I. Osoby młode na rynku pracy |
| Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | 1.2. Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy |
| Poddziałanie, w ramach którego  realizowany jest projekt | 1.2.1. Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego |

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane osobowe kandydata/-ki do projektu** | | | | | |
| Imię |  | |  | | |
| Nazwisko |  | |  | | |
| Numer telefonu kontaktowego |  | |  | | |
| E-mail |  | |  | | |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia | |  | |
| PESEL |  | |  | | |
| Wykształcenie  ***\* Zgodnie z Międzynarodowym***  ***Standardem Klasyfikacji***  ***Kształcenia*** | * **BRAK** *(Brak formalnego wykształcenia )* *–* ISCED 0 * **PODSTAWOWE** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) –* ISCED 1 * **GIMNAZJALNE** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) –* ISCED 2 * **PONADGIMNAZJALNE** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)* *–* ISCED 3 * **POMATURALNE** (*Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* – ISCED 4 * **WYŻSZE** (*Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) –* ISCED 5-6 | | | | |
| **Dane teleadresowe kandydata/-ki do projektu** *(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)* | | | | | |
| Ulica |  | | Numer domu/lokalu | |  |
| Miejscowość |  | | Gmina | |  |
| Kod pocztowy |  | | Poczta | |  |
| Powiat |  | | Województwo | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące statusu na rynku pracy** | | | | |
| 1.Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo (tj. osobą, która nie pracuje   i aktywnie nie poszukuje pracy)? | * tak | | * nie | |
| 2.Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną **zarejestrowaną w urzędzie pracy**? | * tak | | * nie | |
| 3.Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną **niezarejestrowaną w urzędzie pracy** (tj. osobą, która nie pracuje, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia)? | * tak | | * nie | |
| Okres pozostawania bez pracy: |  | | | |
| 4.Czy jest Pan/Pani osobą zatrudnioną na umowę cywilnoprawną/umowę krótkoterminową? \*(*zgodnie z definicją zamieszczoną w Regulaminie projektu)* | * tak | | * nie | |
| 5.Czy jest Pan/Pani osobą prowadzącą działalność gospodarczą? | * tak | | * nie | |
| 6. Czy uczestniczył/a Pan/Pani w okresie ostatnich 4 tygodni w pozaszkolnych zajęciach finansowanych ze środków publicznych mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy? | * tak | | * nie | |
| 7. Czy jest Pan/Pani osobą, która uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym? | * tak | | * nie | |
| **Status kandydata w chwili rekrutacji do projektu** | | | | |
| 8. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)* | * tak | * nie | | □ odmowa |
| 9. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)* | * tak | * nie | | □ odmowa |
| 10. Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną i posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności *(Istnieje możliwość odmowy podania danych)* | * tak | * nie | | □ odmowa |
| 11. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej - innej niż wymienione powyżej *(Istnieje możliwość odmowy podania)* | * tak | * nie | | □ odmowa |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Punkty dodatkowe:** oświadczam, że: | | | | |
|  | Jestem osobą zamieszkującą średnie miasto *(zgodnie z wykazem zamieszczonym w Regulaminie projektu)* | * tak | * nie |
|  | Jestem osobą bierną zawodowo | * tak | * nie |
|  | Jestem osobą o niskich kwalifikacjach (wykształcenie max  ISCED 3); | * tak | * nie |
|  | Jestem osobą niepełnosprawną | * tak | * nie |
|  | Jestem kobietą | * tak | * nie |
|  | Jestem tzw. „ubogim pracującym” *(zgodnie z definicją zamieszczoną w Regulaminie projektu)* | * tak | * nie |
| ………………………………………….……………………..  *Data i czytelny podpis* ***Kandydata na Uczestnika Projektu*** | | | | |
| Oświadczam, że nie występują u mnie przeciwskazania zdrowotne do wykonywania zawodu w zakresie (właściwe zaznaczyć): | | | | |
|  | Szkolenie stylizacja paznokci, przedstawiciel handlowy, obsługa klienta i techniki sprzedaży, zarządzanie czasem, kurs nawigacji GPS i obsługi CRM. Szkolenie z zakresu HR |  | |
|  | Prawo jazdy kat. C, C+E, kwalifikacja wstępna przyspieszona na przewóz rzeczy |  | |
| ………………………………………….……………………..  *Data i czytelny podpis* ***Kandydata na Uczestnika Projektu*** | | | | |

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. zamieszkuję i/lub jestem zameldowany/a na terenie województwa śląskiego (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego),
2. nie należę do żadnej z poniższych grup:

- młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do 2 lat po opuszczeniu instytucji pieczy),

- matki opuszczające pieczę (do 2 lat po opuszczeniu instytucji pieczy),

- absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do 2 lat po opuszczeniu),

- absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do 2 lat po opuszczeniu)

- matki przebywające w domu samotnej matki,

- osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do 2 lat po opuszczeniu),

- osoby odbywające karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym oraz osoby, wobec których zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym.

- osoby, które opuściły zakład poprawczy lub schronisko dla nieletnich (do 2 lat po opuszczeniu),

- osoby, które opuściły zakład pracy chronionej (do 2 lat po opuszczeniu),

1. zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w Projekcie (przedstawionymi w Regulaminie projektu) i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,
2. jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w w/w Projekcie,
3. w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuję się do wypełniania dokumentów związanych z Projektem; w razie wystąpienia wątpliwości przedstawię inne informacje, o ile będą niezbędne do wyjaśnienia wątpliwości,
4. zamierzam skorzystać ze wszystkich proponowanych form wsparcia w ramach Projektu, tj.: poradnictwa zawodowego, szkoleń zawodowych, pośrednictwa pracy oraz stażu zawodowego/zatrudnienia subsydiowanego. Jak również w ramach swoich możliwości do podjęcia zatrudnienia w okresie do   
   3-miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie,
5. zostałem/łam poinformowany/a, że Projekt **„Kierunek sukces!”** jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój,
6. akceptuję warunki rezygnacji z udziału w projekcie.

*….................................................... .........................................................*

*Miejscowość i data Podpis Kandydata / Kandydatki*

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą potwierdzam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

*.........................................................*

*Podpis Kandydata / Kandydatki*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DODATKOWE INFORMACJE DOT. OCZEKIWAŃ** | | | | |
| **Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie szkolenia w ramach projektu** | | | ⬜ tak | ⬜ nie |
| **Jestem zainteresowany/-a odbyciem zarówno szkolenia jak i stażu w ramach projektu** | | | ⬜ tak | ⬜ nie |
| **Preferowany termin szkolenia** | ⬜ dni robocze – godz. ranne | ⬜ weekendy | | |
| ⬜ dni robocze – godz. popołudniowe | ⬜ każdy z powyższych terminów | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM** | |
| Zaświadczenie od pracodawcy (w przypadku osób pracujących) | ⬜ |
| Oświadczenie o statusie osoby odchodzącej z rolnictwa lub jej rodziny | ⬜ |
| Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia  tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi,  o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego) | ⬜ |
| Oświadczenie o wysokości dochodów przypadających na członka rodziny | ⬜ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU** | | | | | |
| **DATA WPŁYWU** |  | | **SPOSÓB DOSTARCZENIA** | | mailowo / pocztą / osobiście |
| **OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)** | | | |  | |
| **OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI** | | | | | |
| **PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU** | |  | | | |

Załącznik nr 2

# OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

**POWR.** **01.02.01-24-0048/18**

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. **„Kierunek sukces!”** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych 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 Uczestnika projektu: dane osobowe zwykłe oraz dane osobowe wrażliwe.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do dnia zakończenia udziału w projekcie lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
   1. Beneficjenta - Ośrodek Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o.
   2. Instytucję Zarządzającą - Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, w którego imieniu działa Minister Rozwoju z siedzibą w Warszawie, ul. Wspólna 2/4; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych iod@miir.gov.pl
   3. Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach,   
      ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – 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.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. 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, 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 I DATA* | *CZYTELNY PODPIS KANDYDATA* |

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Ja, niżej podpisany/-a …………………………………………………………………………….………..

w związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Kierunek Sukces!**” oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

* w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać Realizatorowi projektu - Ośrodkowi Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o. informacje i dane (w tym dokumenty) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:
  + 1. otrzymania oferty pracy, kształcenia ustawicznego, przygotowania zawodowego lub stażu po opuszczeniu programu (uwzględniający okres uczestnictwa w projekcie),
    2. statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),
    3. podjęcia kształcenia lub szkolenia
* w terminie do 90 dni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać Realizatorowi projektu – Ośrodkowi Szkoleń Zawodowych „DIAGNO-TEST” Sp. z o.o. dane oraz dokumenty dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy, tj.:

1. kopii umowy o pracę zawartej na okres min. 3 m-cy, co najmniej na ½ etatu, lub
2. zaświadczenia od pracodawcy zawierające informacje dotyczące rodzaju umowy, terminu jej zawarcia, czasu na jaki została zawarta, wymiaru etatu, a w przypadku umowy cywilno-prawnej także jej wartości, lub
3. dokumentów potwierdzających poprawę sytuacji na rynku pracy zgodnie z warunkami opisanymi   
   w regulaminie projektu (dotyczy osób, które na dzień rozpoczęcia udziału w projekcie były osobami pracującymi), lub
4. dokumentu potwierdzającego fakt rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy). Dokumentem potwierdzającym fakt rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej może być również wyciąg z wpisu do CEIDG wydrukowany przez uczestnika projektu i dostarczony do beneficjenta, w którym określona została data rozpoczęcia działalności gospodarczej
5. pisemne oświadczenie o braku zaistnienia sytuacji określonych w pkt. a-d

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ………………………….…………………………… |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis Kandydata* |