

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „NOWE PERSPEKTYWY. SZKOLENIA ZAWODOWE SZANSĄ NA UZYSKANIE ZATRUDNIENIA!”

Tytuł projektu	NOWE PERSPEKTYWY. SZKOLENIA ZAWODOWE SZANSĄ NA UZYSKANIE ZATRUDNIENIA!
Numer projektu	WND-RPSL.07.04.02-24-09D9/16
Działanie i Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt	Działanie 7.4: Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu) Poddziałanie 7.4.2: Outplacement – konkurs

UWAGA: Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadratami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole.

DANE OSOBOWE									
Imię (imiona)									
Nazwisko									
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia						
Miejsce urodzenia									
PESEL <i>(w każdej kratce należy wpisać 1 cyfrę)</i>									
Wykształcenie	brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i>								<input type="checkbox"/>
	podstawowe – ISCED 1 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	gimnazjalne – ISCED 2 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i>								<input type="checkbox"/>
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	policealne – ISCED 4 <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>								<input type="checkbox"/>
	wyższe – ISCED 5-8 <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i>								<input type="checkbox"/>



MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Obszar	<input type="checkbox"/> Duży obszar miejski (o ludności powyżej 50 000 i dużej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/> Mały obszar miejski (o ludności powyżej 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski (o małej gęstości zaludnienia)
Województwo			
Powiat			
Nr telefonu			
Adres e-mail			
Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej			

STATUS NA RYNKU PRACY		
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZAMIESZKUJĄCĄ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego ²)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZATRUDNIONĄ	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.</i>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>niezarejestrowaną</u> w ewidencji Urzędu Pracy tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/-a do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia ³ , ale jednocześnie nie uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i nie jestem zarejestrowany/-a w PUP jako osoba bezrobotna.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

³ Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.



<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEAKTYWNĄ ZAWODOWO / BIERNĄ ZAWODOWO tj. pozostaję bez pracy i jednocześnie nie poszukuję pracy i/lub uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i/lub przebywam na urlopie wychowawczym⁴.</p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZWOLNIONĄ tj. utraciłem/-am pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu. <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię świadectwa pracy.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRZEWDZIĄNĄ DO ZWOLNIENIA tj. jestem zatrudniony/-a oraz znajduję się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub zostałem/-am poinformowany/-a przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ ZWOLNIENIEM tj. jestem zatrudniony/-a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających moje przystąpienie do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015r. poz. 192, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 1666), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że</p>	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	<p>osobą odbywającą karę pozbawienia wolności</p>

⁴ rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego



DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY			
<p>Jestem pracownikiem lub byłym pracownikiem⁵ przedsiębiorstwa spełniającego co najmniej jednej z warunków:</p> <p>a) przedsiębiorstwo sektora MŚP⁶</p> <p>b) przedsiębiorstwo przechodzące procesy restrukturyzacyjne</p> <p>c) przedsiębiorstwo odczuwające negatywne skutki zmiany gospodarczej</p> <p>d) przedsiębiorstwo znajdujące się w sytuacji kryzysowej</p> <p><i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem pracownikiem lub byłym pracownikiem jednostki organizacyjnej spółek węglowych z terenu województwa śląskiego lub przedsiębiorstw z terenu województwa śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących).</p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (<i>dane wrażliwe</i>)</p> <p><i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument⁷</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Stopień niepełnosprawności (<i>o ile dotyczy</i>)</p>	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
<p>Data ważności orzeczenia (<i>o ile dotyczy</i>)</p>			
DODATKOWE INFORMACJE DOT. OCZEKIWAŃ			
<p>Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie szkolenia w ramach projektu</p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem zainteresowany/-a odbyciem zarówno szkolenia jak i stażu w ramach projektu</p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Preferowany termin szkolenia</p>	<input type="checkbox"/> dni robocze – godz. ranne	<input type="checkbox"/> weekendy	
	<input type="checkbox"/> dni robocze – godz. popołudniowe	<input type="checkbox"/> każdy z powyższych terminów	

⁵ W przypadku byłych pracowników, w projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby, które utraciły zatrudnienia z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu

⁶ Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji Europejskiej r 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu: „Do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.”

⁷ W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest przedłożenie innego dokumentu wydanego przez lekarza, poświadczającego stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.



NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, IŻ:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Nowe perspektywy. Szkolenia zawodowe szansą na uzyskanie zatrudnienia!*”, realizowanym na terenie województwa śląskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII. Regionalny rynek pracy, działanie 7.4, Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu), poddziałanie 7.4.2 Outplacement.
2. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w *Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „Nowe perspektywy. Szkolenia zawodowe szansą na uzyskanie zatrudnienia!”* i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Nie prowadzę własnej działalności gospodarczej.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. danych rasowych i etnicznych, danych dotyczących niepełnosprawności, danych o innej niekorzystnej sytuacji).
6. Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich przewidzianych dla mnie w projekcie formach wsparcia (doradztwie zawodowym, szkoleniu, stażu i pośrednictwie pracy), które zostaną wskazane/ zarekomendowane w Indywidualnym Planie Działania. Równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie pisemnie Organizatora Projektu.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/ cywilnoprawnej lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 4 tygodni oraz do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy do 4 tygodni oraz do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.
10. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Katowicach).
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu w związku z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji w ramach projektu.
12. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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.
13. Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
14. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym oraz innych dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji zgłoszeniowej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Motywacja do znalezienia/kontynuowania zatrudnienia (proszę uzasadnić):

.....

.....

.....

Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM	
Świadectwo pracy potwierdzające utratę zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające rejestrację jako osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy o zamiarze nie przedłużania z pracownikiem umowy o pracę / wypowiedzenie stosunku pracy / zagrożenia zwolnieniem (<i>wzór zaświadczenia pracodawcy stanowi załącznik 1 do Formularza zgłoszeniowego</i>)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>

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