

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	☐ kobieta	☐ mężczyzna	Data urodzenia						
Miejsce urodzenia									
PESEL (w każdej kratce należy wpisać 1 cyfrę)									
Wykształcenie	brak (brak formalnego wykształcenia)								☐
	podstawowe – ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)								☐
	gimnazjalne – ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)								☐
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)								☐
	policealne – ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)								☐
	wyższe – ISCED 5-8 (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)								☐

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Obszar	☐ Duży obszar miejski (o ludności powyżej 50 000 i dużej gęstości zaludnienia)	☐ Mały obszar miejski (o ludności powyżej 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	☐ 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)	☐ tak	☐ nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZATRUDNIONĄ	☐ tak	☐ nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>zarejestrowaną</u> w Urzędzie Pracy <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.</i>	☐ tak	☐ 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.	☐ tak	☐ 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.

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 wychowawczym ⁴ .		☐ tak	☐ nie
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>		☐ tak	☐ nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRZEWIDZIANĄ 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>		☐ tak	☐ nie
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>		☐ tak	☐ nie
Oświadczam, że	☐ Jestem	☐ Nie jestem	osobą odbywającą karę pozbawienia wolności

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			
Jestem pracownikiem lub byłem pracownikiem ⁵ przedsiębiorstwa spełniającego co najmniej jednej z warunków:		☐ tak	☐ nie
a) przedsiębiorstwo sektora MŚP ⁶ b) przedsiębiorstwo przechodzące procesy restrukturyzacyjne c) przedsiębiorstwo odczuwające negatywne skutki zmiany gospodarczej d) przedsiębiorstwo znajdujące się w sytuacji kryzysowej			
Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.			
Jestem pracownikiem lub byłem pracownikiem jednostki organizacyjnej spółek węglowych z terenu województwa śląskiego lub przedsiębiorstw z terenu województwa śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących).		☐ tak	☐ nie
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (dane wrażliwe)		☐ tak	☐ nie
Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument ⁷			
Stopień niepełnosprawności (o ile dotyczy)	☐ lekki	☐ umiarkowany	☐ znaczny
Data ważności orzeczenia (o ile dotyczy)			
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	☐ wyłącznie dni robocze – godz. ranne	☐ wyłącznie weekendy	
	☐ wyłącznie dni robocze – godz. popołudniowe	☐ 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. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. danych rasowych i etnicznych, danych dotyczących niepełnosprawności, danych o innej niekorzystnej sytuacji).
5. Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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).
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu w związku z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji w ramach projektu.
11. Zostałem poinformowany o tym, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy Uczestnik Projektu będący osobą fizyczną składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz.1182, z późn.zm).
12. Zostałem/-am pouczone/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
13. 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	☐	
Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające rejestrację jako osoba bezrobotna	☐	
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>)	☐	
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)	☐	

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			