

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	Czas nowych możliwości!
Numer projektu	RPSL.07.01.03-24-026H/19
Priorytet w ramach, którego realizowany jest projekt	VII. Regionalny rynek pracy
Działanie w ramach, którego realizowany jest projekt	7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu
Poddziałanie w ramach, którego realizowany jest projekt	7.1.3. Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia – konkurs

Proszę o wypełnienie **DRUKOWANYMI LITERAMI**

Dane osobowe kandydata/-ki do projektu			
Dane podstawowe	1.	Imię (imiona)	
	2.	Nazwisko	
	3.	Data urodzenia	
	4.	Miejsce urodzenia	
	5.	PESEL	
	6.	Wykształcenie (Zgodnie z Międzynarodowym Standardem Klasyfikacji)	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
	7.	Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEȃTA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA



Dane kontaktowe - adres zamieszkania w rozumieniu art. 25 kodeksu cywilnego tj. miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu	8.	Województwo	
	9.	Powiat	
	10.	Gmina	
	11.	Miejscowość	
	12.	Ulica	
	13.	Nr budynku	
	14.	Nr lokalu	
	15.	Kod pocztowy	
	16.	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)
17.	Telefon kontaktowy		
18.	Adres e-mail		
Dane dotyczące statusu na rynku pracy	19.	Osoba bezrobotna:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		zarejestrowana w ewidencji urzędów (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)	<input type="checkbox"/> TAK ¹ <input type="checkbox"/> NIE
		niezarejestrowana w ewidencji urzędów (osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy aktywnie poszukująca zatrudnienia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć aktualne zaświadczenie z PUP



	20.	Osoba bierna zawodowo (osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna – osoba pozostająca bez pracy i nieposzukująca pracy).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		w tym:		
		Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	21.	Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		uboga pracująca²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		zatrudniona na umowie krótkoterminowej oraz pracująca w ramach umowy cywilno-prawnej, której miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia³	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		w tym:		
		Osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		Osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Zatrudniony w: (nazwa przedsiębiorstwa)			
Na stanowisku:				
Dane dotyczące niepełnosprawności	22.	Posiadam status osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK ⁴	<input type="checkbox"/> NIE

² Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopie umowy o pracę potwierdzoną za zgodność z oryginałem / oświadczenie o dochodach przypadających na 1 członka rodziny

³ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie o zarobkach w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień: złożenia dokumentów rekrutacyjnych oraz przystąpienia do projektu

⁴ Jeśli TAK, do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej odbywa się: w oparciu o dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.



Jestem osobą prowadzącą własną działalność gospodarczą	23.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	24.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym	25.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystałem/am ze wsparcia włączenia społecznego w ramach projektów CT 9 RPO WSL tj. działań: 9.1 RPO WSL 2014-2020; 9.2 RPO WSL 2014-2020; 9.3 RPO WSL 2014-2020			
		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Spełnienie wymagań grupy docelowej projektu – oświadczam, że:		
1.	Zamieszkuję na obszarze województwa śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Nie pracuję:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Pracuję:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą ubogą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy krótkoterminowej oraz pracującą w ramach umowy cywilno-prawnej, której miesięczne zarobki nie przekraczają wysokości minimalnego wynagrodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Jestem imigrantem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Jestem reemigrantem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	Jestem osobą odchodzącą z rolnictwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.	Mam ukończony 30 rok życia;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8.	Należę do grupy osób znajdującej się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy (jeśli TAK proszę o zaznaczenie odpowiedzi w pkt a-d poniżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	a) Jestem osobą powyżej 50 roku życia;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	b) Jestem osobą długotrwale bezrobotną;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



c) Jestem osobą o niskich kwalifikacjach (posiadam wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) Jestem kobietą;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>.....</p> <p>Data i czytelny podpis <u>Uczestnika Projektu</u></p>	

Oświadczam, że posiadam prawo jazdy kat. B oraz **brak** u mnie przeciwwskazań zdrowotnych do wzięcia udziału w projekcie

.....
 Data i czytelny podpis **Uczestnika Projektu**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję swój udział w Projekcie „Czas nowych możliwości!”;
2. Zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w Projekcie zawartymi w *REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE* „Czas nowych możliwości!” i akceptuję jego treść;
3. Dane osobowe i pozostałe informacje podane przeze mnie w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Czas nowych możliwości!” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis **Uczestnika Projektu**)

* Niepotrzebne skreślić