

NUMER UCZESTNIKA

DATA WPŁYWU FORMULARZA

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie
„Zyskaj nowe możliwości - szkolenia, staże, dotacje na utworzenie działalności”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „ZYSKAJ NOWE MOŻLIWOŚCI – SZKOLENIA, STAŻE, DOTACJE NA UTWORZENIE DZIAŁALNOŚCI”

Tytuł projektu	ZYSKAJ NOWE MOŻLIWOŚCI – SZKOLENIA, STAŻE, DOTACJE NA UTWORZENIE DZIAŁALNOŚCI
Numer projektu	WND-RPSL.07.04.02-24-008F/20
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 KANDYDATA									
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"/>

1

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE KANDYDATA				
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu		
Miejscowość				
Kod pocztowy				
Województwo				
Powiat				
Nr telefonu				
Adres e-mail				
Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej				
STATUS KANDYDATA 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 PRACUJĄCĄ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO	<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>zarejestrowaną</u> 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 Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.</i>	<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie

2

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. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.</i></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, należy załączyć kserokopię świadectwa pracy oraz/i/lub uzupełniony Załącznik nr 1.</i></p>		<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
<p>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, należy załączyć uzupełniony Załącznik nr 2.</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, należy załączyć uzupełniony Załącznik nr 2.</i></p>		<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ODCHODZĄCĄ Z ROLNICTWA⁵ <i>Jeśli tak, należy załączyć uzupełniony Załącznik nr 3.</i></p>		<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
Oświadczam, że	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	osobą odbywającą karę pozbawienia wolności		
Oświadczam, że	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	objęty dozorem elektronicznym		
DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY					
<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

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

⁵ osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (KRUS) z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym (w rozumieniu ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o kształtowaniu ustroju rolnego), zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (ZUS).

DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KANDYDATA			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (<i>dane wrażliwe</i>) <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument⁶</i>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności (<i>o ile dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Data ważności orzeczenia (<i>o ile dotyczy</i>)			
DODATKOWE INFORMACJE DOT. OCZEKIWAŃ KANDYDATA			
Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie szkoleń zgodnie z IPD w ramach projektu		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem zainteresowany/-a odbyciem zarówno szkolenia jak i stażu w ramach projektu		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Preferowany termin szkolenia	<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	

⁶ 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 „Zyskaj nowe możliwości - szkolenia, staże, dotacje na utworzenie działalności” 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 *Regulaminie Uczestnictwa w Projekcie „Zyskaj nowe możliwości - szkolenia, staże, dotacje na utworzenie działalności”* 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 Beneficjenta 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 Beneficjenta Projektu.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania Beneficjentowi Projektu kopii umowy o pracę/ umowy 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 Beneficjenta Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Katowicach).
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta 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 pouczony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy⁷.
14. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym oraz innych dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji rekrutacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
15. Potwierdzam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego treść oraz oświadczam, że spełniam warunki dotyczące mojego uczestnictwa w projekcie.

5

⁷ Uprzedzony/-a i świadomy/-a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, niniejszym oświadczam, że ww. informację zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz załącznikach stanowiących jego integralną część są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:

.....

.....

.....

Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM

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 z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające brak tytułów do ubezpieczenia społecznego	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy wydane dla osoby, która była zatrudniona i w ciągu do 6 miesięcy utraciła zatrudnienie (Załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy o zamiarze nie przedłużania z pracownikiem umowy o pracę / wypowiedzenie stosunku pracy / zagrożenia zwolnieniem (Załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie osoby odchodzącej z rolnictwa (Załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego)	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie (Załącznik nr 4 do formularza zgłoszeniowego)	<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"/>
Inne załączniki: _____	<input type="checkbox"/>

6

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		
DECYZJA O PRZYJĘCIU KANDYDATA/-TKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	TAK _____ (wskazanie liczby punktów)	NIE _____ (powód odrzucenia)
PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU		