

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROJEKT „DOBRA PRACA – LEPSZA PŁACA”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0216/19

DATA I GODZINA
WPŁYWU FORMULARZA:

1. Imię (imiona) i nazwisko															
2. PESEL													3. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Adres zamieszkania	Województwo:														
	Powiat:														
	Gmina:														
	Miejscowość:														
	Ulica:					nr budynku:					nr lokalu:				
	Kod pocztowy:														
5. Telefon kontaktowy															
6. E-mail															
7. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe														
	<input type="checkbox"/> Podstawowe														
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne														
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)														
	<input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne)														
	<input type="checkbox"/> Wyższe														

8. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu ¹	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne 	
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne 	
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu¹ <input type="checkbox"/> osoba ucząca się¹ <input type="checkbox"/> inne 	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • w administracji rządowej • w administracji samorządowej • w MMŚP • w organizacji pozarządowej 	<ul style="list-style-type: none"> • prowadząca działalność na własny rachunek • w dużym przedsiębiorstwie • inne
9. Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu inny
10. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	a) osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE b) osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE c) osoba z niepełnosprawnościami ¹ <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE d) osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej) <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
11. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny 	Proszę podać nr orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność bądź dołączyć kserokopię do formularza zgłoszeniowego:
12. Uprawnienia do prowadzenia pojazdów	<input type="checkbox"/> Posiadam prawo jazdy kat. B <input type="checkbox"/> Nie posiadam powyższego uprawnienia	
13. Oświadczenie	Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Biuro Doradztwa Inwestycyjnego Europejczyk Jacek Leski oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO)) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.	
14. Data i miejsce wypełnienia formularza		
15. Podpis		

¹ Należy przedłożyć pracownikowi projektu aktualne orzeczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej



DODATKOWE OŚWIADCZENIA

Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że:

1. Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się informowania wymienionych w pkt. 13 podmiotów w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Dobra praca – lepsza płaca” nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0216/19 i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
3. Oświadczam, że podany przeze mnie adres e-mail i/lub numer telefonu jest aktywny i zobowiązuje się, że będę za pośrednictwem telefonicznym i poczty elektronicznej odbierać na bieżąco informacje dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:

Do wglądu - dokument uprawniający do prowadzenia pojazdów kat. B
Oświadczenia o spełnianiu kryteriów dodatkowych
Oświadczenie o obowiązku poinformowania o sytuacji zawodowej i edukacyjnej po zakończonym udziale w projekcie
Oświadczenie o niekaralności
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności wydany przez właściwy Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza (jeżeli dotyczy)

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Podane w Formularzu zgłoszeniowym dane dotyczące imienia, nazwiska, daty urodzenia i nr PESEL kandydata/-tki są zgodne z przedłożonym dokumentem tożsamości.

--	--

Miejscowość, data

Podpis osoby z personelu projektu dokonującej weryfikacji

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW DODATKOWYCH

PROJEKT „DOBRA PRACA – LEPSZA PŁACA”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0216/19

Niniejszym oświadczam, iż:

- Sprawuję opiekę nad osobą zależną (.....)
(należy wskazać rodzaj zależności np. dziecko, rodzic)
- Nie sprawuję opieki nad osobą zależną

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Niniejszym oświadczam, iż przed przystąpieniem do niniejszego projektu byłem uczestnikiem projektu z zakresu włączenia społecznego w ramach 9. celu tematycznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego 2014 – 2020:

- Tak
- Nie

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU
O OBOWIĄZKU POINFORMOWANIA O SYTUACJI ZAWODOWEJ I EDUKACYJNEJ
PO ZAKOŃCZONYM UDZIALE W PROJEKCIE

PROJEKT „DOBRA PRACA – LEPSZA PŁACA”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0216/19

Ja, niżej podpisany/-a

.....
(imię i nazwisko)

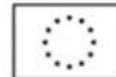
zobowiązuję się, że po zakończeniu mojego udziału w projekcie „Dobra praca – lepsza praca”,
informacje dotyczące:

- mojego statusu na rynku pracy (np. zmiany warunków zatrudnienia, zmiany miejsca zatrudnienia, zarejestrowania własnej działalności gospodarczej itp.),
- mojego udziału w kształceniu lub szkoleniu
przekażę do 4 tygodni od zakończenia udziału:
- Liderowi Projektu: BDI Europejczyk Jacek Leski, ul. Ks. A. Kordeckiego 12/2, 85-225 Bydgoszcz,
e-mail: bdi@bdi-europejczyk.com.pl

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki



OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU

PROJEKT „DOBRA PRACA – LEPSZA PŁACA”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0216/19

Ja, niżej podpisany/-a

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/-a:

.....

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

(Seria i numer)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż nie byłem karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie oraz, że korzystam z pełni praw publicznych.

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki