



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Lepsza perspektywa II”

nr projektu: POWR.01.02.01-04-0044/19

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 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)														
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)														
	<input type="checkbox"/> Wyższe														
8. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<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 szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne 														
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej 										<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne 				



<p>9. Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</td> <td><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</td> <td><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</td> <td><input type="checkbox"/> inny</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> rolnik</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> inny	<input type="checkbox"/> rolnik	
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej														
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej														
<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej														
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej														
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu														
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> inny														
<input type="checkbox"/> rolnik															
<p>10. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>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</p> <p>b) osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>c) osoba z niepełnosprawnościami¹ <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>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</p>														
<p>11. Stopień niepełnosprawności</p>	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny </td> <td> Proszę podać nr orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność bądź dołączyć kserokopię do formularza zgłoszeniowego: </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak: <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:												
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak: <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:														
<p>12. Uprawnienia do prowadzenia pojazdów</p>	<p><input type="checkbox"/> Posiadam prawo jazdy kat. B <input type="checkbox"/> Nie posiadam powyższego uprawnienia</p>														
<p>13. Oświadczenie nr 1</p>	<p>Niniejszym oświadczam, iż przystępując do projektu „Lepsza perspektywa II” nie zaliczam się do kategorii osób zdefiniowanych dla trybu konkursowego w Poddziałaniu 1.3.1 PO WER tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby młode, w tym osoby z niepełnosprawnościami, w wieku 15-29 lat bez pracy w tym w szczególności osoby, które nie uczestniczą w kształceniu i szkoleniu tzw. osoby z kategorii NEET, z następujących grup docelowych: <ul style="list-style-type: none"> – osoby, które opuściły pieczę zastępczą (do 2 lat po opuszczeniu instytucji pieczy) – osoby, które opuściły młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii (do 2 lat po opuszczeniu), – osoby, które opuściły specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze i specjalne ośrodki wychowawcze (do 2 lat po opuszczeniu), – osoby, które zakończyły naukę w szkole specjalnej (do 2 lat po zakończeniu nauki w szkole specjalnej), – matki przebywające w domach samotnej matki, – osoby, które opuściły zakład karny lub areszt śledczy (do 2 lat po opuszczeniu) – osoby, które opuściły zakład poprawczy lub schronisko dla nieletnich (do 2 lat po opuszczeniu), – osoby, które opuściły zakłady pracy chronionej (do 2 lat po zakończeniu zatrudnienia w zakładzie). • imigrantów (w tym osoby polskiego pochodzenia), reemigrantów, osoby odchodzące z rolnictwa i ich rodziny, tzw. ubodzy pracujący, osoby zatrudnione na umowach krótkoterminowych oraz pracujący w ramach umów cywilno-prawnych – wywodzący się z powyższych grup docelowych. 														
<p>14. Oświadczenie nr 2</p>	<p>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.</p>														
<p>15. Data i miejsce wypełnienia formularza</p>															
<p>16. Podpis</p>															

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 zobowiązuję się informowania wymienionych w pkt. 14 podmiotów w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Lepsza perspektywa” nr projektu: POWR.01.02.01-04-0044/19 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Oświadczam, że podany przeze mnie adres e-mail i/lub numer telefonu jest aktywny i zobowiązuję 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
Oświadczenie o obowiązku poinformowania o sytuacji zawodowej i edukacyjnej po zakończonym udziale w projekcie
Oświadczenie o niekaralności
D wglądu – orzeczenie 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
O OBOWIĄZKU POINFORMOWANIA O SYTUACJI ZAWODOWEJ I EDUKACYJNEJ
PO ZAKOŃCZONYM UDZIALE W PROJEKCIE**

**„Lepsza perspektywa II”
nr projektu: POWR.01.02.01-04-0044/19**

Ja, niżej podpisany/-a

.....

(imię i nazwisko)

zobowiązuję się, że po zakończeniu mojego udziału w projekcie „Lepsza perspektywa II”, informacje dotyczące:

- mojego statusu na rynku pracy (np. podjęcia pracy, zarejestrowania własnej działalności gospodarczej, itp.),
 - mojego udziału w kształceniu lub szkoleniu
- przekażę do 4 tygodni od zakończenia udziału:

- Liderowi Projektu: Biuro Doradztwa Inwestycyjnego 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

„Lepsza perspektywa II”
nr projektu: POWR.01.02.01-04-0044/19

Ja, niżej podpisany/-a

.....

(imię i nazwisko)

.....

(nr PESEL)

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