

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(Proszę uzupełnić czytelnie drukowanymi literami)

Lp.		Nazwa Projektu: „Źródło kwalifikacji”		
		Numer projektu RPSW.10.02.01-26-0062/17		
		Numer i nazwa Osi priorytetowej: 10 Otwarty rynek pracy		
		Numer i nazwa Działania: 10.02 Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia		
		Numer i nazwa Poddziałania: 10.02.01 Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia		
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
	6.	Wykształcenie (Proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Podstawowe (ISCED 1) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>
			Gimnazjalne (ISCED 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej	<input type="checkbox"/>
			Ponadgimnazjalne (ISCED 3) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)	<input type="checkbox"/>
			Policealne (ISCED 4) Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	<input type="checkbox"/>
Wyższe (ISCED 5-8) Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich			<input type="checkbox"/>	

<b>Dane kontaktowe</b>  (adres zamieszkania)	7	Ulica		
	8	Nr domu		
	9	Nr lokalu		
	10	Miejscowość		
	11	(Proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	01 - Duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 i dużej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/>
			02 - Małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/>
			03 - Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/>
	12	Kod pocztowy		
	13	Województwo		
	14	Powiat		
15	Telefon stacjonarny			
16	Telefon komórkowy			
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)			

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że jestem osobą zamieszkaną na terenie województwa świętokrzyskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego

.....  
data i podpis

<b>Dane dotyczące statusu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>  proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	18	<b>Osoba bezrobotna</b>	<b>Zarejestrowana w Urzędzie Pracy</b>	<b>Niezarejestrowana w Urzędzie Pracy</b>
		Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia (zarejestrowana i nie zarejestrowana w urzędzie pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Osoba długotrwale bezrobotna</b> Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia (zarejestrowana i nie zarejestrowana w urzędzie pracy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		W przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (wiek uczestników jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie)		
		<b>Bierny zawodowo</b> Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna.  Studenci studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne (konieczna jest weryfikacja czy dana osoba jest zarejestrowana);  Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne (konieczna jest weryfikacja czy dana osoba jest zarejestrowana)	<input type="checkbox"/>	

**Oświadczenie:**

**Oświadczam, że jestem osobą .....**  
(proszę wpisać status na rynku pracy jak wyżej).

**Oświadczam, że nie uczestniczyłem/am w kształceniu i szkoleniu (w okresie ostatnich 4 tygodni)**

Osoba, która nie kształci się – nie uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym rozumianym jako, kształcenie w formach szkolnych w trybie dziennym i nie szkoli się, tj. nie uczestniczy w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy w okresie ostatnich 4 tygodni (nie brała udziału w ww. formach aktywizacji finansowanej ze środków publicznych).

.....  
data i podpis

<b>Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności</b>	19	Stan posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<b>Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dane wrażliwe)</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	----	--	--	---

**Oświadczenie:**

**Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną .....**  
(proszę wpisać stopień).

.....  
data i podpis

<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b> proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	21	Oświadczam, że <b>nie należę</b> do żadnej z nw. grup:  - Młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy) ze szczególnym uwzględnieniem: wychowanków pieczy zastępczej powyżej 15 roku życia, którzy po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej powrócili do rodzin naturalnych; wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy założyli własne gospodarstwo domowe; wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy usamodzielniają się i mają trudności ze znalezieniem zatrudnienia po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej; matki opuszczające pieczę zastępczą (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy); - Absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu ośrodków); - Absolwenci specjalnych ośrodków szkolno- wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu ośrodków); - Matki przebywające w domach samotnej matki; - Osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**Ponadto oświadczam, że należę do jednej z poniższych grup:**

	Jestem osobą sprawującą stałą opiekę nad osobą zależną/osobą powracającą na rynek pracy po zakończonym okresie sprawowania opieki nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą po 50 roku życia (osoba, która w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie ukończyła 50 lat. Wiek uczestników określony jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „**Źródło kwalifikacji**”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „**Źródło kwalifikacji**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Kielcach, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. wsparcie identyfikacyjno – doradcze, szkolenia zawodowe, pośrednictwo zawodowe, staże zawodowe.
7. Zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie tj. statusu na rynku pracy i potwierdzenia uzyskania kwalifikacji. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie – w przypadku podjęcia pracy, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3 mies. po zakończeniu udziału w projekcie: dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społ. lub zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Piotr Matysiak „EL TRANS”, 27-100 łża, ul. Garbarska 10a na potrzeby rekrutacji.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU REALIZOWANEGO W RAMACH  
EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia <sup>1</sup>	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator projektu	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....  
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta projektu)

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie<sup>2</sup>:

<input type="checkbox"/>	<b>Jestem bezrobotny(a)</b> tzn. jestem: a) zarejestrowany(a) w urzędzie pracy jako bezrobotny(a) ( <b>bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy</b> ) lub b) nie pracuję i nie jestem zarejestrowany(a) w urzędzie pracy, ale poszukuję pracy i jestem gotowy(a) do jej podjęcia ( <b>bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy</b> )
<input type="checkbox"/>	<b>Jestem bierny(a) zawodowo</b> tzn. nie pracuję, nie jestem zarejestrowany(a) w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy
<input type="checkbox"/>	<b>Nie uczę się ani nie szkole</b> tzn. nie uczestniczyłem(am) w edukacji formalnej (np. nie uczęszczałem(am) na zajęcia w szkole lub na uniwersytecie) ani nie brałem(am) udziału w szkoleniu (rozumianym jako forma aktywizacji finansowana ze środków publicznych) podczas ostatnich czterech tygodni

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....  
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

<sup>1</sup> Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

<sup>2</sup> Możliwy jest wybór maksymalnie dwóch opcji jednocześnie.

## Załącznik nr 2

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Źródło kwalifikacji**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-616 Kielce;
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922, z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielania wsparcia, realizacji projektu „**Źródło kwalifikacji**”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej beneficjentowi realizującemu projekt – Piotr Matysiak „EL TRANS”, ul. Garbarska 10a, 27-100 Iłża (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu .....  
.....  
(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IŻ kontrole w ramach RPO WŚ;
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

### Załącznik nr 3

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko): .....

PESEL: .....

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach projektu: „**Źródło kwalifikacji**” realizowanego przez **Piotr Matysiak „EL TRANS”** w ramach Osi Priorytetowej X Otwarty rynek pracy, działanie 10.02 Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia, poddziałanie: 10.02.01 Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia.

### Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn. „Źródło kwalifikacji” i zobowiązuje się do regularnego udziału we wszystkich formach wsparcia, do których zostałam/em zakwalifikowana/y oraz każdorazowego poświadczania swojej obecności własnoręcznym podpisem na listach obecności.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku we wszystkich materiałach promocyjnych i informacyjnych dotyczących Projektu.
4. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Oświadczam, iż do deklaracji uczestnictwa dołączam następujące dokumenty:
  - a. Oświadczenie uczestnika Projektu,
  - b. wypełniony formularz Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania.
6. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, iż zostałam/em pouczone/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

***Uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.***

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

## Załącznik nr 4

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a .....

PESEL: .....

w związku z przystąpieniem do projektu: „**Źródło kwalifikacji**” o nr RPSW.10.02.01-26-0062/17 oświadczam, że zobowiązuję się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

- w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać Realizatorowi projektu Piotr Matysiak „EL TRANS” informacje i dane (w tym dokumenty) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:

- a) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu
- b) statusu na rynku pracy (bezrobotny, bierny zawodowo),
- c) poszukiwania pracy (poprzez PUP, samodzielnie),
- d) podjęcia kształcenia lub szkolenia, w tym w przypadku podjęcia pracy bądź samozatrudnienia:
  - kopii umowy o pracę na min. 3m-ce i min. ½ etatu, lub
  - kopii umowy cywilnoprawnej o terminie realizacji minimalnej 3m-ce i o wartości minimalnej w wysokości trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub
  - dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

.....

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a .....

PESEL: .....

w związku z przystąpieniem do projektu: „**Źródło kwalifikacji**” oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a,:

- iż w przypadku przerwania przeze mnie udziału w ww. projekcie, bez podania konkretnej przyczyny, mogę zostać pociągnięty przez Realizatora Projektu Piotr Matysiak „EL TRANS” do zwrotu całego kosztu przypadającego na formę wsparcia, z której dobrowolnie zrezygnowałem/łam.
- każdorazowa rezygnacja z udziału w projekcie przed zakończeniem udziału w przewidzianych dla niego w czasie Identyfikacji Potrzeb (stworzenie Indywidualnego Planu Działania) formach wsparcia wiąże się z konsekwencjami finansowymi w postaci zwrotu kosztów poniesionych w związku z jego dotychczasowym udziałem w projekcie

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

Załącznik nr 6

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a .....

PESEL: .....

w związku z przystąpieniem do projektu: „**Źródło kwalifikacji**” oświadczam, że zobowiązuję się do przyjęcia oferty pracy przedstawionej mi w czasie spotkań z Pośrednikiem Pracy.

.....

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....

*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*