**„Czas na nowe kwalifikacje”**

nr RPSW.08.05.03-26-0073/19 realizowany w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Czas na nowe kwalifikacje”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

DANE PODSTAWOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Imię:  | Województwo:  |
| Nazwisko:  | Powiat:  |
| PESEL:  | Gmina:  |
| Wiek:  | Miejscowość:  |
| Płeć:  | Ulica:  |
| Nr telefonu:  | Nr budynku: Nr lokalu:  |
| Email:  | Kod pocztowy:  |

WYKSZTAŁCENIE

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 BRAK | 🞎 ISCED 3 – Ponadgimnazjalne |
| 🞎 ISCED 1 – Podstawowe | 🞎 ISCED 4 – Policealne |
| 🞎 ISCED 2 – Gimnazjalne | 🞎 ISCED 5 – 8 – Wyższe |

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA OBLIGATORYJNE

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 Jestem osobą uczącą się, pracującą lub zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa świętokrzyskiego na obszarze miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze (Staszów, Jędrzejów, Końskie, Sandomierz, Busko-Zdrój) | 🞎 Jestem osobą:* bierną zawodowo[[1]](#footnote-1)
* bezrobotną, zarejestrowaną w PUP[[2]](#footnote-2)
* bezrobotną, niezarejestrowaną w PUP[[3]](#footnote-3)
* pracującą[[4]](#footnote-4)
 |
| 🞎 Jestem osobą w wieku 18 lat i więcej |
| 🞎 Zgłaszam z własnej inicjatywy chęć nabycia, uzupełnienia lub podwyższenia kompetencji lub kwalifikacji zawodowych | 🞎 Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach EFS |

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI – KRYTERIA PREMIUJĄCE

|  |
| --- |
| 🞎 Jestem osobą z niepełnosprawnością[[5]](#footnote-5) |
| 🞎 Jestem osobą powyżej 50 roku życia |
| 🞎 Jestem osobą, której staż pracy wynosi:🞎 poniżej 1 roku 🞎 od 1 roku do 2 lat 🞎 od 2 do 3 lat 🞎 powyżej 3 lat |

DODATKOWE POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ KANDYDATA/-TKĘ

|  |
| --- |
| Proszę określić bariery związane z udziałem w projekcie wynikające z niepełnosprawności:    |
| Proszę określić specjalne wymagania (w tym wynikające z niepełnosprawności)     |

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Czas na nowe kwalifikacje” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, akceptuję wszystkie postanowienia w/w regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w w/w regulaminie.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Czas na nowe kwalifikacje” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta projektu w celach rekrutacji i realizacji projektu zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta – Fundacja Instytut Edukacji, al. Armii Krajowej 220 lok 1/111, 43-316 Bielsko-Biała oraz Partnera – Humaneo, ul. Nawojowska 12, 33-300 Nowy Sącz.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
7. Zgłaszam chęć uczestnictwa w szkoleniu:
* **INF.02** Administracja i eksploatacja systemów komputerowych, urządzeń peryferyjnych i lokalnych sieci komputerowych,
* **INF.03** Tworzenie i administrowanie stronami i aplikacjami internetowymi oraz bazami danych.

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, 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.

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU |

Data wpływu dokumentów rekrutacyjnych ………………………………….

Potwierdzam zgodność wpisanych powyżej danych z przedstawionym dowodem osobistym

|  |
| --- |
|   |
| PODPIS PRACOWNIKA BIURA PROJEKTU |

1. Należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy załączyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy załączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy załączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia [↑](#footnote-ref-5)