



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU

„Kompleksowe wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia z terenu województwa świętokrzyskiego (3 edycja)”
realizowanego przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach

Dane Uczestnika Projektu		
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
5	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe
Dane kontaktowe		
7	Województwo	
8	Powiat	
9	Gmina	
10	Miejscowość	
11	Ulica	
12	Nr budynku	
13	Nr lokalu	
14	Kod pocztowy	
15	Telefon kontaktowy	
16	Adres e-mail	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć właściwe znakiem „X”) :		
17	Bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



	- w tym jestem osobą zarejestrowaną w PUP/MUP z zatwierdzonym profilem pomocy	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> od (miesiąc, rok) <input type="checkbox"/> I profil pomocy <input type="checkbox"/> II profil pomocy <input type="checkbox"/> III profil pomocy <input type="checkbox"/> posiadam prawo do zasiłku <input type="checkbox"/> nie posiadam prawa do zasiłku
	Bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Bierną zawodowo – niepracującą i nie będącą osobą bezrobotną, nie zarejestrowaną w PUP/MUP	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Okres pozostawania bez pracy (liczony od ostatniego zatrudnienia)	
	Staż pracy ogółem (w latach / miesiącach)	
	Zawód wyuczony	
	Dotychczasowe doświadczenie zawodowe (np. zajmowane stanowiska, pełnione obowiązki)	
Status Uczestnika w chwili przystąpienia do Projektu		
24	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
25	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
26	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak - należy załączyć zaświadczenie w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym
27	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
28	- w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
29	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
30	Czy posiada Pan(i) pod opieką dziecko do lat 7 lub osobę zależną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



30	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienionej powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Dodatkowe oświadczenia		
<p>Oświadczam, iż jestem osobą w trudnej sytuacji ekonomicznej tzn. dochód nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie o świadczeniach rodzinnych , tj. 674,00 zł w przeliczeniu na osobę lub 764,00 zł (w przypadku gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym bądź znacznym stopniu niepełnosprawności):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji</p>		
<p>Oświadczam, że jestem gotowy/a do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w Projekcie:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Preferowana forma zatrudnienia: <input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa cywilno-prawna <input type="checkbox"/> samozatrudnienie</p> <p>Stanowiska, zawody, którymi byłbym/byłabym zainteresowany/a:</p> <p>Miejscowość, w której chcę pracować:</p>		

PREFEROWANY RODZAJ KURSU :

(przy wybranym przez siebie kursie należy wstawić znak „X” w odpowiednim kwadracie)

Opiekun/ka osób starszych, chorych i niepełnosprawnych (160h)	<input type="checkbox"/> Końskie	<input type="checkbox"/> Sandomierz
Opiekun/ka osób starszych, chorych i niepełnosprawnych z językiem niemiecki (228h)	<input type="checkbox"/> Busko - Zdrój	
Technolog robót wykończeniowych w budownictwie + eksploatacja urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych do 1kV (240h)	<input type="checkbox"/> Kielce	<input type="checkbox"/> Ostrowiec Świętokrzyski
Elektryk (200h)	<input type="checkbox"/> Skarżysko - Kamienna	
Kucharz - dietetyk (160h)	<input type="checkbox"/> Skarżysko - Kamienna	<input type="checkbox"/> Końskie <input type="checkbox"/> Opatów
Kucharz – kelner (120h)	<input type="checkbox"/> Włoszczowa	
Pracownik hurtowni i magazynu z obsługą wózków jezdniowych (187h)	<input type="checkbox"/> Starachowice	
Spawanie blach i rur spoinami pachwinowymi metodą MAG + TIG + kurs ręcznego cięcia termicznego i plazmowego (317h)	<input type="checkbox"/> Starachowice	<input type="checkbox"/> Busko - Zdrój
Szwaczka (200h)	<input type="checkbox"/> Ostrowiec - Świętokrzyski	





Brukarz + język niemiecki (200h)	<input type="checkbox"/> Opatów
Stolarz + z obsługą maszyn CNC (160h)	<input type="checkbox"/> Włoszczowa

Deklaracja uczestnictwa – w Projekcie ŚCIEŻKA WSPARCIA przewiduje dla każdego Uczestnika Projektu udział w niżej wymienionych formach wsparcia:

- 1) WSPARCIE DORADCZE (identyfikacja potrzeb - diagnoza możliwości – identyfikacja stopnia oddalenia od rynku pracy - IPD)
- 2) POŚREDNICTWO PRACY
- 3) KURS ZAWODOWY
- 4) STAŻ ZAWODOWY (3 –miesięczny)

Oświadczam, że <u>nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych</u> do udziału w wybranym kursie, stażu oraz pracy w zawodzie:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy kurs będzie dla Pana(i) przydatny w znalezieniu pracy?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jakich korzyści oczekuje Pan(i) po uczestnictwie w Projekcie (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)? <input type="checkbox"/> przyczyni się do podwyższenia kwalifikacji zawodowych <input type="checkbox"/> umożliwi zdobycie uprawnień zawodowych <input type="checkbox"/> pozwoli na szybsze znalezienie zatrudnienia <input type="checkbox"/> ułatwi przygotowanie dokumentów rekrutacyjnych (życiorys, list motywacyjny) <input type="checkbox"/> utwierdzi w przekonaniu o potrzebie ustawicznego szkolenia i kształcenia <input type="checkbox"/> będzie etapem do dalszego kształcenia	
Źródło informacji o Projekcie (np. prasa, radio, telewizja, internet, plakaty, ulotki itp.):	
Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie:	

W okresie **do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie** pn. „Kompleksowe wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia z terenu województwa świętokrzyskiego (3 edycja)”, **zobowiązuję się do poinformowania Zakładu Doskonalenia Zawodowego** w Kielcach o **wszelkich zmianach związanych z moją sytuacją zawodową** na rynku pracy (np. podjęcie zatrudnienia, rozpoczęcie kształcenia itp.). W przypadku podjęcia zatrudnienia zobowiązuję się do niezwłocznego dostarczenia do ZDZ Kielce kserokopii umowy o pracę, zlecenie, o dzieło lub zaświadczenia od pracodawcy; w przypadku założenia działalności gospodarczej zobowiązuję się do dostarczenia wyciągu z wpisu do CEIDG.

.....
 Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy
 (imię i nazwisko)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kompleksowe wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia z terenu województwa świętokrzyskiego (3 edycja)” 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, 25-516 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 udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia z terenu województwa świętokrzyskiego (3 edycja)”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
- 4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach, ul. Paderewskiego 55, Kielce 25-950 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ 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.
- 7) **zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w Projekcie** pn. „Kompleksowe wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia z terenu województwa świętokrzyskiego (3 edycja)”.
- 8) zostałam(em) poinformowana(y), że **Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego.**
- 9) wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i rzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach RPO WŚ.
- 10) **wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu.**
- 11) **jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi.**
- 12) **zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości udziału tylko w jednym kursie w ramach Projektu.**
- 13) **uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy
(imię i nazwisko)





Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH – przez pracownika ZDZ

Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. 1-5 i 7-14 na podstawie dowodu osobistego
Uczestniczki/Uczestnika

.....
/Seria i numer dowodu osobistego/

Miejsce zamieszkania*: obszar wiejski obszar miejski

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis pracownika ZDZ przyjmującego FZ