**Formularz zgłoszeniowy**

**Projekt „MY PLACEMENT- alternatywy są wśród nas!”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data dostarczenia formularza** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej** |  |

Formularz należy:

- wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI**

- wymagane jest wypełnienie wszystkich pól

- swoją odpowiedz prosimy zakreślić krzyżykiem

- podpisać czytelnie oraz parafować na pozostałych stronach formularza i załączników

- dostarczyć wraz z załącznikami– oświadczeniem do biura projektu „MY PLACEMENT- alternatywy są wśród nas!”- ul. Żeromskiego 94 pok.317 w Radomiu

**UWAGA!!!** Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „MY PLACEMENT – alternatywy są wśród nas”.

|  |
| --- |
| **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI** |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć:** **[ ]  kobieta [ ]  mężczyzna** | **Osoba w wieku 15 – 24 lata [ ]** **Osoba w wieku 55 – 64 lata [ ]**  |
| **Wykształcenie** | **[ ]  brak (***brak formalnego wykształcenia)***[ ]  podstawowe***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)***[ ]  gimnazjalne***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)***[ ]  ponadgimnazjalne** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej – wykształcenie średnie lub zawodowe)***[ ]  pomaturalne (***kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)***[ ]  wyższe** (*pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)* |
| **Czy posiada Pan/Pani status osoby niepełnosprawnej?** | **[ ]  Tak [ ]  Nie** |
| **Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną** | **[ ]  Tak [ ]  Nie** |
| **Status na** **rynku pracy** | **[ ]  osoba bezrobotna,** zwolniona, pozostająca bez zatrudnienia, której stosunek pracy wygasł lub został rozwiązany z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu (czas pozostawania bez pracy ………………………………………………………..………..)**[ ]  osoba nieaktywna zawodowo**, zwolniona, pozostająca bez zatrudnienia, której stosunek wygasł lub został rozwiązany z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu (czas pozostawania bez pracy ……………………………………..……………………..)**[ ]  nieaktywna zawodowo uczące się w systemie zaocznym,** której stosunek pracy wygasł lub został rozwiązany z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu **(miejsce nauki)** ………………………………..……………………..)**[ ]** osoba długotrwale bezrobotna (osoba pozostająca w rejestrze urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat) |
| **Podlegam ubezpieczeniu w: [ ]  ZUS [ ]  KRUS** |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Adres zamieszkania** | **ulica** |  |
| **nr domu** |  | **nr lokalu** |  |
| **kod poczt.** |  | **poczta** |  |
| **miejscowość** |  | **powiat** |  | **gmina** |  |
| Tel. kontaktowy | stacjonarny |  | komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Zameldowanie na pobyt: [ ]  stały [ ]  czasowy** |
| **[ ]  Obszar miejski (miasta oraz część miejska gminy wiejsko – miejskiej)****[ ]  Obszar wiejski (tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko - miejskiej** |
| **Adres do korespondencji** | **ulica** |  |
| **nr domu** |  | **nr lokalu** |  |
| **kod poczt.****Poczta** |  | **miejscowość** |  |

|  |
| --- |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE: (proszę podać trzy ostatnie miejsca zatrudnienia)** |
| **Zawód wyuczony ………………………………………………………………………………………….****Zawód wykonywany ……………………………………………………………………………………...****Firma ………………………………………………………………………………………………………****Okres ………………………………………………………………………………………………………****Stanowisko …………………………………………………………………………………………………****Wymiar czasu pracy ………………………………………………………………………………………..****Firma ………………………………………………………………………………………………………****Okres ………………………………………………………………………………………………………****Stanowisko …………………………………………………………………………………………………****Wymiar czasu pracy ………………………………………………………………………………………..****Firma ………………………………………………………………………………………………………****Okres ………………………………………………………………………………………………………****Stanowisko …………………………………………………………………………………………………****Wymiar czasu pracy ………………………………………………………………………………………..** |
| **PREFERENCJE WYBORU SZKOLENIA ZAWODOWEGO** |
| **W jakim szkoleniu zawodowym chciał/(a) by Pan/Pani uczestniczyć?( proszę wymienić 3 preferowane szkolenia zawodowe)**  | **1 …………………………………………………………….****2 …………………………………………………………….****3 …………………………………………………………….** |
| **OCZEKIWANIA:** |
| **Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani wziąć udział w projekcie?** |
| **Czy ma Pan/ pani konkretne oczekiwania względem projektu przed jego rozpoczęciem?****[ ]  tak [ ]  nie** |
| **Jeśli tak, to jakich korzyści spodziewa się Pan/ Pani w związku z uczestnictwem w projekcie?****( proszę zaznaczyć nie więcej niż 3 najważniejsze odpowiedzi)****[ ]  Zdobycie nowych umiejętności zawodowych****[ ]  Wsparcie w określaniu ścieżki kariery zawodowej****[ ]  Rozwoju osobistych predyspozycji****[ ]  Poprawy samooceny i wzrostu pewności siebie****[ ]  Nawiązania kontaktów zawodowych i poznania nowych ludzi** **[ ]  Zwiększenia swoich szans na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie****[ ]  Zatrudnienia w miejscu odbywania stażu****Inne oczekiwania, jakie? ………………………………………………………………………………………………………………****……………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| **ŻRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** |
| **Skąd dowiedział/(-a) się Pan/Pani o projekcie?** | [ ]  **Z ogłoszenia prasowego w Anonsach**[ ]  **Z ogłoszenia prasowego w tygodniku 7 Dni****[ ]  Z radia**[ ]  **Poprzez plakat lub ulotkę informacyjną**[ ]  **Z Internetu**[ ]  **Poprzez stronę www Fundacji**[ ]  **Od znajomych****[ ]  Bezpośrednie spotkania**[ ]  **Inne źródła, jakie?........................................** |

|  |
| --- |
|  **OŚWIADCZENIE** |
| **Oświadczam, że:**1. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu i załącznikach są zgodne z prawdą.2. Zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „MY PLACEMENT – alternatywy są wśród nas!” i akceptuję warunki Regulaminu.3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. 4. Jestem świadomy/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. ................................................................................................................................................ (miejscowość, data, podpis) |

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika o spełnianiu kryteriów rekrutacji
2. Oświadczenie uczestnika projektu
3. Oświadczenie o spełnianiu kryteriów kwalifikowalności
4. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej – dotyczy osób zarejestrowanych w urzędzie pracy jako bezrobotne

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW REKRUTACJI**

Oświadczam, że utraciłem/am pracę z przyczyn dotyczących zakładu pracy w branży (*proszę poniżej wskazać branżę*):

**[ ]** budownictwo

**[ ]** transport

**[ ]** gospodarka magazynowa

**[ ]** informacja i komunikacja

**[ ]** działalność finansowa i ubezpieczeniowa

**[ ]** przetwórstwo przemysłowe

**[ ]** handel hurtowy i detaliczny

**[ ]** naprawa pojazdów samochodów

**[ ]** administracja publiczna

**[ ]** obrona narodowa

 Data i czytelny podpis uczestnika

 …………………………………..

Oświadczam, że utraciłem/am pracę w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy od daty przystąpienia do projektu.

 *proszę wpisać datę wygaśnięcia umowy -* ……………………………………………………………….

 Data i czytelny podpis

…………………………………….

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu „MY PLACEMENT – alternatywy są wśród nas!” oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie 00-926, ul. Wspólna 2/4;
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 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926. ze zm.) – dane osobowe są niezbędne do realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „MY PLACEMENT- alternatywy są wśród nas!”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej – Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74,03-301 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt: Europejski Dom Spotkań – Fundacja Nowy Staw, ul. M. Skłodowskiej – Curie 3, 20-029 Lublin, oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zrządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;
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/-CZKI PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

**do projektu: „MY PLACEMENT- alternatywy są wśród nas!”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że,  kwalifikuję się do grupy Beneficjentów projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, tj. Priorytet VIII Regionalne Kadry Gospodarki, Działanie 8,1 Rozwój Pracowników i przedsiębiorstw w regionie, Poddziałanie 8.1.2 Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych w regionie, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

1. jestem osobą w wieku 15 – 64 lata (Mężczyźni) lub 15 – 59 lat (Kobiety)
2. nie jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania,

spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego (zlecenie, o dzieło)

1. nie byłem (-am) karany(-a) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych

 i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

1. jestem osobą zamieszkałą na terenie województwa mazowieckiego ( powiat m. Radom, powiat radomski, przysuski, zwoleński, szydłowiecki, lipski, kozienicki, białobrzeski)
2. nie jestem rolnikiem bądź domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS
3. nie prowadzę działalności gospodarczej

……………………………….. ………………………………………….

Miejscowość, data CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU