



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

DANE PROJEKTU			
<b>Tytuł projektu:</b>	„Samodzielni i Aktywni”	<b>Termin realizacji projektu:</b>	01.06.2021 – 31.07.2022
<b>Nr umowy:</b>	RPWP.07.01.02-30-0063/19		
<b>Oś Priorytetowa</b>	7. Włączenie społeczne.		
<b>Działanie:</b>	7.1. Aktywna integracja		
<b>Poddziałanie:</b>	7.1.2. Aktywna integracja - projekty konkursowe.		
DANE OSOBOWE KANDYDATA <u>Prosimy wypełniać drukowanymi literami!</u>			
<b>Imię</b>			
<b>Nazwisko</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
DANE TELEADRESOWE KANDYDATA			
Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 <sup>1</sup> K.C. Oświadczam, że podany poniżej adres zamieszkania jest adresem, pod którym przebywam:			
<b>Województwo:</b>			
<b>Powiat:</b>			
<b>Gmina:</b>			
<b>Miejscowość:</b>		<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Ulica:</b>		<b>nr domu/ nr lokalu:</b>	
<b>Obszar:</b>	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski		
<b>Numer telefonu</b>			
<b>Adres e-mail:</b>			
WYKSZTAŁCENIE. Oświadczam, że posiadam wykształcenie:			
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0)		<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1)		<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4)	
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2)		<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	



<b>STATUS KANDYDATA/TKI ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ</b>	
<b>Oświadczam, że jestem osobą która (zaznaczyć które dotyczą X):</b>	
<input type="checkbox"/> jest w wieku powyżej 18 r.ż.	<input type="checkbox"/> zamieszkuje zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie województwa wielkopolskiego (1)
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo* (2) w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> osoba ucząca lub kształcąca się</li> <li><input type="radio"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="radio"/> inne</li> </ul> *zaświadczenie z ZUS	<input type="checkbox"/> jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
<b>Dodatkowo:</b>	
<b>Jestem osobą, która:</b>	
<input type="checkbox"/> nie uczestniczy w innym projekcie (dot. aktywizacji zawodowo- edukacyjnej) realizowanym w tym samym czasie w ramach RPWP	
<input type="checkbox"/> korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)	
<input type="checkbox"/> długotrwale korzysta z Ośrodka Pomocy Społecznej (zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)	
<input type="checkbox"/> jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych	
<b>POZOSTAŁE DANE</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej np. byłem/am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuje obszary wiejskie )	<input type="checkbox"/> TAK, proszę podać jakie:
	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Skąd dowiedziałam/łem się o projekcie?</b>	<input type="checkbox"/> Z plakatów i ulotek
	<input type="checkbox"/> Ze strony Internetowej
	<input type="checkbox"/> Z portali ogłoszeniowych
	<input type="checkbox"/> Od rodziny/znajomych
	<input type="checkbox"/> Z innego źródła, jakiego :



INFORMACJĘ DOTYCZĄCĄ OGRANICZEŃ I PREFERENCJI W PRZYPADKU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (wypełniają osoby z niepełnosprawnościami)	
<b>Niepełnosprawność</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi  *Jeśli TAK, dołączono: <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia
<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> sprzężona <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie
*Jeśli TAK, proszę podać jakie	
Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?	

OŚWIADCZENIA
Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż podane przeze mnie dane w Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, jestem także świadomy odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.
Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „Samodzielni i Aktywni” realizowanym przez CENTRUM SZKOLENIOWO DORADCZE JACEK DANIEL (Partner Wiodący) i FUNDACJA EFEKT MOTYLA (Partner), nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie z Regulaminem Projektu.



**Oświadczam, że:**

- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie zdrowia zawartych w Formularzu rekrutacyjnym zg. z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. 2018 r. poz. 1000.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

- administratorem tak zebranych danych jest: Partner Wiodący CENTRUM SZKOLENIOWO DORADCZE JACEK DANIEL Z siedzibą w Chełmie przy ul. Lwowskiej 13R, FUNDACJA EFEKT MOTYLA z siedzibą w Kielcach ul. Karola Szymanowskiego 3/58, (Partner Projektu);
- moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji i rozliczenia Projektu podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do Projektu;
- moje dane osobowe nie są i nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych;
- mam prawo dostępu do treści danych i ich poprawiania;
- składając formularz rekrutacyjny deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie;
- jestem świadomy/a, że zgłoszenie uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

**Zobowiązuję się do:**

- przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału) zgodnie z zakresem danych określonych wytycznych w zakresie monitorowania);
- dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej po zakończeniu udziału w Projekcie (do 3 miesięcy od zakończenia udziału).

**Słownik pojęć**

**1. Zamieszkanie w rozumieniu kodeksu cywilnego na obszarze woj. wielkopolskiego:** „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

**2. Osoba bierna zawodowo** - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych. 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

**3. Małe obszary miejskie** – miasta o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia.

**4. Niepełnosprawność sprzężona** – in. złożona, wieloraka, wielozakresowa, współobecna, współistniejąca – co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności występujące u jednej osoby łącznie.



### Załączniki

- Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia (jeżeli dotyczy)
- zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej (jeżeli dotyczy)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Czytelny podpis kandydata/ki)