



Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji projektu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„Centrum Kompetencji”**

realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego 2021-2027,
Priorytetu 8. Edukacja na wszystkich etapach życia,
Działania 08.05 Wsparcie edukacji osób dorosłych.

.....
(godzina, data wpływu i podpis osoby przyjmującej dokumenty)

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,

A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI				
Imię i nazwisko				
PESEL			Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	Obywatelstwo	
E-mail			Telefon	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA KANDYDATA/KANDYDATKI				
Miejscowość				
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu		Kod pocztowy
Gmina			Powiat	
Województwo				
Kraj				



WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KANDYDATKI

Niższe niż podstawowe lub brak (<i>brak formalnego wykształcenia</i>) - ISCED 0	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Podstawowe (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>) - ISCED 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Gimnazjalne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>) - ISCED 2	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ponadgimnazjalne (<i>dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową</i>) - ISCED 3	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Policealne (<i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>) - ISCED 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyższe (<i>kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich, doktoranckich</i>) - ISCED 5-8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI

Oświadczam, że:

Zamieszkuję na obszarze województwa świętokrzyskiego, gminy: Kielce, Chęciny, Daleszyce, Chmielnik, Morawica, Pierzchnica, Górnio, Masłów, Miedziana Góra, Piekoszów, Nowiny, Strawczyn, Zagnańsk	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bierną zawodowo. (<i>Należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS¹</i>)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹ Zaświadczenie/potwierdzenie obejmuje, np. brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej; o zaświadczenie z ZUS można ubiegać się składając, np. wniosek na druku US-7 lub poprzez Platformę Usług Elektronicznych ZUS. Zaświadczenie uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia wydania.



Jestem osobą bezrobotną. (Należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą pracującą.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Moje miejsce pracy znajduje się na terenie jednej z gmin: Kielce, Chęciny, Daleszyce, Chmielnik, Morawica, Pierzchnica, Górno, Masłów, Miedziana Góra, Piekoszków, Nowiny, Strawczyn, Zagnańsk. (Należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy tylko jeżeli osoba nie zamieszkuje na terenie jednej z w/w gmin – Załącznik 2 do formularza)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań potrzebującą wsparcia w utrzymaniu mieszkania ² .	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością ³ : (Należy dołączyć kopię orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
Jestem osobą obcego pochodzenia/nie posiadam polskiego obywatelstwa. (Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

² Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego oraz ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: 1) Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2) Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3) Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4) Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5) Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.)

³ Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).



<p>Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej. <i>(Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. <i>(Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania danych	
<p>SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (jeśli dotyczy)</p>		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<p>Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:</p>		
<p> </p>		
<p>Alternatywne formy materiałów szkoleniowych:</p>		
<p> </p>		
<p>Inne, jakie:</p>		
<p> </p>		
<p>OŚWIADCZENIA</p>		
<p>Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „Centrum Kompetencji”, nr projektu FESW.08.05-IZ.00-0020/24, zawartymi w 		



Regulaminie projektu i akceptuję jego postanowienia.

- Zostałem/am poinformowany/a, że przedmiotowy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
- Z własnej inicjatywy chcę podnosić/uzupełniać umiejętności/kompetencje. Organizatorem projektu jest Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. w Partnerstwie z Fundacją EFEKT MOTYLA.
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zgodnie z wymogami Regulaminu projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie dalszego postępowania rekrutacyjnego wobec mojej osoby.
- Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o wszelkich zmianach danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
- Zostałem/am poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia, itp.
- Zostałem/am poinformowana, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z kwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowana o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w formularzu rekrutacyjnym dla celów rekrutacji, zgodnie z 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).
- Zobowiązuję się do dostarczenia Organizatorowi projektu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (również w przypadku przerwania udziału w projekcie) dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji i/lub kompetencji: certyfikaty/zaświadczenia.



Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Oświadczam, że nie korzystam i w trakcie uczestnictwa w projekcie nie będę korzystać równocześnie z takiej samej formy wsparcia w innym projekcie współfinansowanym z EFS+ lub ze środków krajowych.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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) informujemy, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o.** z siedzibą w Lublinie, Al. Raławickie 8, lok. 18A, 20-037 Lublin, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000654055, REGON: 366134837, NIP: 7123325938 **oraz Fundacja EFEKT MOTYLA** z siedzibą w Kielcach (25-506), pl. Niepodległości 1 lokal 3.19. wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000327464, REGON: 260287589, NIP: 9591853212.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o. z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: daneosobowe@csi.info.pl oraz w odniesieniu do Fundacji EFEKT MOTYLA z Administratorem pod adresem



e-mail: biuro@fundacjaefektmotyła.pl

3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4. Pana/Pani dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/Pani osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej www.csi.lublin.pl oraz www.fundacjaefektmotyła.pl.
6. Odbiorcami Pana/Pani danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu Programu, tj. IZ (Zarząd Województwa Świętokrzyskiego, w imieniu którego działa Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego) oraz IK UP (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady



(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Data i miejscowość Czytelny podpis kandydata/kandydatki

**OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM
DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI**

Podpis osoby reprezentującej **Organizatora projektu:**

.....