*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Moje nowe kwalifikacje”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

1. Należy wypełnić czytelnie (najlepiej drukowanymi literami)
2. Należy wypełnić wszystkie wymagane pola
3. W miejscach wyboru należy postawić krzyżyk
4. W rubryce, niedotyczącej danego Kandydata, wymagane jest wpisanie „NIE DOTYCZY”

**CZĘŚĆ A**

**UWAGA !!!**

Jeżeli dana rubryka nie dotyczy osoby zainteresowanej należy umieścić zapis „nie dotyczy” albo zakreślić (elektronicznie lub odręcznie) pole wyboru „nie dotyczy”.

**Nie należy usuwać jakichkolwiek treści załącznika**

**Informacje o projekcie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
|  | Tytuł projektu | „*Moje nowe kwalifikacje*” |
|  | Nr projektu | RPDS.10.04.01-02-0041/16 |
|  | Nazwa beneficjenta | Stowarzyszenie PRO-MOTOR |
|  | Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt | 10 „Edukacja” |
|  | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | 10.4 „Dostosowanie systemów kształcenia  i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy” |
|  | Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt | 10.4.1 „Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb  rynku pracy – konkursy horyzontalne” |

**Dane osobowe Kandydata/Uczestnika projektu[[1]](#footnote-1):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  | | | | |
|  | Kraj | Polska | | | | |
|  | Rodzaj uczestnika | INDYWIDUALNY | | | | |
|  | Nazwa instytucji | NIE DOTYCZY | | | | |
|  | Imię |  | | | | |
|  | Nazwisko |  | | | | |
|  | PESEL | TAK | | NIE | | |
|  | Numer PESEL |  | | | | |
|  | Płeć | kobieta | | mężczyzna | | |
|  | Data i miejsce urodzenia |  | | | | |
|  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | |
|  | Wykształcenie: | Niższe niż podstawowe [*Brak formalnego wykształcenia]* | | | | |
| Podstawowe [*Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej]* | | | | |
| Gimnazjalne [*Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej]* | | | | |
| Ponadgimnazjalne [K*ształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)]* | | | | |
| Policealne, 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; tj. licencjackim, magisterskim lub doktorskim]* | | | | |
| **Oświadczam, że nie uczestniczę w kształceniu na poziomie wyższym, tj. nie jestem studentem studiów wyższych** | | | | | |
| DANE KONTAKTOWE | | | | | | |
| * MIEJSCE ZAMIESZKANIA | | | | | | |
|  | Województwo | |  | | | |
|  | Powiat | |  | | | |
|  | Gmina | |  | | | |
|  | Miejscowość | |  | | | |
|  | Ulica | |  | | | |
|  | Nr budynku | |  | | | |
|  | Nr lokalu | |  | | | |
|  | Kod pocztowy | |  | | | |
|  | * Telefon kontaktowy | |  | | | |
|  | * Adres e-mail | |  | | | |
| STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | | | | |
|  | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  w tym długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy *(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* | | TAK | | NIE | |
| TAK | | NIE | |
|  | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  w tym długotrwale bezrobotna niezarejestrowana *(tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)* | | TAK  TAK | | NIE  NIE | |
|  | Osoba bierna zawodowo  *(osoba niepracująca, która nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy)*  w tym: | | TAK | | NIE | |
| * osoba ucząca się | | TAK | | NIE | |
| * osoba nieuczestnicząca  w kształceniu lub szkoleniu | | TAK | | NIE | |
|  | Osoba pracująca  w tym: | | TAK | | | NIE |
| osoba pracująca w administracji rządowej | | TAK | | | NIE |
| osoba pracująca w administracji samorządowej | | TAK | | | NIE |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | TAK | | | NIE |
| osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) | | TAK | | | NIE |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | TAK | | | NIE |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | TAK | | | NIE |
| inne | | TAK | | | NIE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wykonywany zawód *(jeśli dotyczy, tj. w przypadku odpowiedzi „TAK” w poz. 25)* |  |  |
| instruktor praktycznej nauki zawodu | TAK |  |
| nauczyciel kształcenie ogólnego | TAK |  |
| nauczyciel wychowania przedszkolnego | TAK |  |
| nauczyciel kształcenia zawodowego | TAK |  |
| pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | TAK |  |
| pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | TAK |  |
| pracownik instytucji rynku pracy | TAK |  |
| pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | TAK |  |
| pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | TAK |  |
| pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | TAK |  |
| pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | TAK |  |
| rolnik | TAK |  |
| inne | TAK |  |
|  | Miejsce zatrudnienia  *(proszę podać nazwę instytucji oraz nr NIP Instytucji)* |  | |
|  | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK | NIE |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |
|  | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK | NIE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osoba z niepełnosprawnościami | TAK | NIE |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |
|  | Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności *(proszę w odpowiednie miejsca wpisać jakie)* | Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:  ……………………………………………………………… | |
| Alternatywne formy materiałów  ……………………………………………………………… | |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie  ……………………………………………………………… | |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego  ……………………………………………………………… | |
| Specjalne wyżywienie  ……………………………………………………………… | |
| Inne, jakie:  ……………………………………………………………… | |
|  | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  w tym: w gospodarstwie domowym  z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | TAK | NIE |
| TAK | NIE |
|  | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | TAK | NIE |
|  | Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż wymienione powyżej | TAK | NIE |
| ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |

**W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):**

* Zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej,
* Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności,
* Inne, tj. ………………………………………………………………………………………………………………

Jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą   
oraz potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

………………..………….. …….….……………………..……………………...

*(miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata)*

***Pouczenie****: Podpisanie niżej wymienionych oświadczeń jest obowiązkowe. Kandydat musi spełnić wszystkie warunki wskazane w oświadczeniach. Niespełnienie chociażby jednego wyklucza go z możliwości udziału w projekcie. Stwierdzenie poświadczenia nieprawdy jest przesłanką do wykluczenia uczestnika z udziału w projekcie na każdym jego etapie.*

**OŚWIADCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania**  (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr budynku, nr lokalu) |  |
| **PESEL** |  |

Ja niżej podpisany oświadczam, że

1. zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* obowiązującym w projekcie, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
2. **dane zawarte w *Formularzu rekrutacyjnym* są zgodne z prawdą;**
3. zostałem/am poinformowany/a, że projekt pt. *„Moje nowe kwalifikacje”* jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa: 10 „Edukacja”, Działanie: 10.4 „Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy”, Poddziałanie: 10.4.1 „Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy – konkursy horyzontalne”.

oraz wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie przez Stowarzyszenie PRO-MOTOR - Beneficjenta projektu oraz  
   MS Consulting Agnieszka Mazurek – Partnera projektu, moich danych osobowych zawartych w powyższym kwestionariuszu, do celów realizacji projektu oraz ewaluacji projektu pt. „*Moje nowe kwalifikacje*” zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.),
2. wykorzystanie mojego wizerunku do celów związanych z realizacją projektu pt. „*Moje nowe kwalifikacje*”,
3. udział w badaniu/ach monitoringowym/ych, które odbędą się w trakcie/po

zakończeniu mojego udziału w projekcie pt. *„Moje nowe kwalifikacje”.*

..………...……………….…………………

*data i czytelny podpis kandydata*

1. Status uczestnika projektu osoba nabywa z chwilą podpisania deklaracji udziału w projekcie po wydaniu decyzji kwalifikującej przez Komisję Rekrutacyjną. [↑](#footnote-ref-1)