



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Projekt „Kuznia Kwalifikacji Zawodowych” realizowany przez Centrum Szkoleniowo Konsultingowe dla Biznesu, Jerzy Gałuszka, w ramach Priorytetu nr FEPK.07 „Kapitał ludzki gotowy do zmian” programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021 – 2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu Państwa. Działanie FEPK.07.14 Wsparcie osób dorosłych w zdobywaniu i uzupełnianiu kwalifikacji i kompetencji na podstawie Umowy nr FEPK.07.14-IP.01-0013/23-00 zawartą z Województwem Podkarpackim – Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie.

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY¹

| Wypełnia Operator Projektu | |
|--|--|
| Numer formularza (NW) | |
| Przyjęcie dokumentu - DATA, GODZINA | |
| Miejsce przyjęcia dokumentu | |
| Forma złożenia dokumentu | |
| Podpis osoby przyjmującej formularz | |

I. Dane osobowe Kandydatki/Kandydata do udziału w Projekcie:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | | | | | | | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | |
| NIP (numer Identyfikacji Podatkowej – Kandydata/tki) | <input type="checkbox"/> Posiadam (należy uzupełnić) | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Nie posiadam | | | | | | | | | |

¹ wypełnić **WSZYSTKIE POLA** odręcznie drukowanymi literami niebieskim długopisem lub elektronicznie.



| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| Adres zamieszkania²: | | | |
| województwo: | | | |
| Miejscowość: | | Ulica³: | |
| Nr domu: | | Nr lokalu³: | |
| Kod pocztowy: | | Poczta: | |
| Powiat: | | Gmina: | |
| Telefon kontaktowy: | | | |
| Adres e-mail: | | | |

II. Oświadczenia dotyczące udziału w Projekcie i spełniania kryteriów ogólnych (proszę wybrać właściwe):

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Oświadczam, iż z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/a zdobyciem, uzupełnieniem lub podnoszeniem kwalifikacji zawodowych. |
| <input type="checkbox"/> | Oświadczam, że jestem osobą dorosłą – mam ukończone 18 lat, |
| Oświadczam, że na terenie subregionu SD (w skład subregionu SD wchodzi powiaty: dębicki i ropczycko-sędziszowski) | |
| <input type="checkbox"/> | zamieszkuję⁴ |
| <input type="checkbox"/> | pracuję , załączam zaświadczenie od pracodawcy |
| <input type="checkbox"/> | uczę się , załączam zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające miejsce pobierania nauki. |
| <input type="checkbox"/> | Oświadczam, że nie prowadzę pozarolniczej działalności gospodarczej, lub rolniczej działalności gospodarczej lub działalności nierejestrowanej ⁵ . |

² według Kodeksu Cywilnego, którego rozdz. II art. 25 mówi, iż „miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

³ W przypadku braku - wpisać nie dotyczy lub wstawić kreskę.

⁴ Zgodnie z rozdziałem II art. 25 Kodeksu Cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

⁵ jest to osoba fizyczna będąca przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. poz 646 z późn. zm.) i inna osoba fizyczna prowadząca działalność na własny rachunek w celu osiągnięcia zysku, osoba fizyczna prowadząca indywidualne gospodarstwo rolne, osoba fizyczna prowadząca działalność tzw. nierejestrowaną, osoba posiadająca zawieszoną działalność gospodarczą.



Oświadczam, że nie prowadzę działalności oświatowej

Oświadczam, że nie biorę udziału w innym tożsamym projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, nie realizuję i nie realizowałem Usługi Rozwojowej (szkolenie/kurs/studia podyplomowe) w ramach więcej niż jednego subregionu realizowanych przez innych Operatorów lub w ramach innych programów np. FERS i KPO,

III. Wykształcenie Kandydatki/Kandydata

(Proszę zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia (ISCED) w dniu wypełniania dokumentu)

- NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE**
(Kształcenie nie ukończone na poziomie szkoły podstawowej, brak wykształcenia – poziom ISCED 0)
- PODSTAWOWE**
(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – poziom ISCED 1)
- GIMNAZJALNE**
(Kształcenie ukończone na poziomie gimnazjum – poziom ISCED 2)
- PONADGIMNAZJALNE**
(Kształcenie ukończone poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej – poziom ISCED 3)
- POLICEALNE**
(osoby, które ukończyły szkołę pomaturalną, bez studiów wyższych – poziom ISCED 4)
- WYŻSZE**
(ukończone studia wyższe – poziom ISCED 5-8)

IV. Informacje dodatkowe

Oświadczam, że: (proszę wybrać właściwe)

- Jestem osobą z niepełnosprawnościami**
(w przypadku wybrania tej odpowiedzi, należy dołączyć orzeczenie lub zaświadczenie⁶)
- Nie jestem osobą z niepełnosprawnościami**

Usługi dostępnościowe które powinniśmy zapewnić dla Pani/Pana (**wypełnia osoba z niepełnosprawnościami**)

- Asystent**

⁶ Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Natomiast pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.



| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Osoba posługująca się językiem migowym |
| <input type="checkbox"/> | Specjalny pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami |
| <input type="checkbox"/> | Inne |
| <input type="checkbox"/> | Nie potrzebuję usług dostępnościowych |

V. Oświadczenia o spełnianiu kryteriów premiujących
(proszę wybrać właściwe):

| | |
|--|--|
| Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że: | |
| <input type="checkbox"/> | jestem osobą o niskich kwalifikacjach zawodowych (osoby z wykształceniem do poziomu ISCED 3 włącznie tj. z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym – szkoła średnia). |
| <input type="checkbox"/> | jestem osobą powyżej 55 roku życia. |
| <input type="checkbox"/> | jestem osobą z niepełnosprawnościami (należy dołączyć orzeczenie lub zaświadczenie) |
| <input type="checkbox"/> | jestem rodzicem/opiekunem prawnym samotnie wychowujący dziecko do 18 roku życia |
| <input type="checkbox"/> | jestem kobietą powracającą na rynek pracy po urlopie macierzyńskim (wymagane zaświadczenie od pracodawcy) |
| Zamieszkuję/uczę się/pracuję na obszarze miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze tj. Przemyśla, Sanoka, Jasła, Jarosławia, Mielca, Krosna, Dębicy, Niska, Stalowej Woli, Tarnobrzega, Przeworska i/lub na obszarze objętym: Programem Strategicznym Rozwoju Bieszczad ⁷ , Programem dla Rozwoju Roztocza ⁸ lub Inicjatywą Czwórmieścia ⁹ . Wskazać właściwe jeśli dotyczy. | |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkuję | <p>Na obszarze:</p> <input type="checkbox"/> miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze, wskazać jakie <p>Na obszarze objętym:</p> <input type="checkbox"/> Programem Strategicznym Rozwoju Bieszczad, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Programem dla Rozwoju Roztocza, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Inicjatywą Czwórmieścia, wskazać miasto |

⁷ Obszar Bieszczad tworzą: gminy wiejskie: Czarna, Lutowska oraz gmina miejsko-wiejska Ustrzyki Dolne – pow. bieszczadzki, gminy wiejskie: Komańcza, Tyrawa Wołowska, Bukowsko oraz gmina miejsko-wiejska Zagórz – pow. sanocki, gminy wiejskie: Baligród, Cisna, Olszanica, Solina oraz gmina miejsko-wiejska Lesko –pow. leski, gmina wiejska Bircza –pow. przemyski.

⁸ Obszar Roztocza tworzą: powiat Lubaczowski, gmina Horyniec Zdrój, gmina Lubaczów, miasto Lubaczów, gmina Cieszanów, gmina Narol.

⁹ Inicjatywa współpracy zawiązana przez samorząd: Stalowej Woli, Niska, Tarnobrzega oraz Sandomierza



| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uczę się | Na obszarze: <input type="checkbox"/> miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze, wskazać jakie Na obszarze objętym: <input type="checkbox"/> Programem Strategicznym Rozwoju Bieszczad, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Programem dla Rozwoju Roztocza, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Inicjatywą Czwórmiasta, wskazać miasto oraz załączam zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające miejsce pobierania nauki. |
| <input type="checkbox"/> Pracuję | Na obszarze: <input type="checkbox"/> miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze, wskazać jakie Na obszarze objętym: <input type="checkbox"/> Programem Strategicznym Rozwoju Bieszczad, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Programem dla Rozwoju Roztocza, wskazać gminę <input type="checkbox"/> Inicjatywą Czwórmiasta, wskazać miasto oraz załączam zaświadczenie od pracodawcy. |
| <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych (brak punktów premiujących) | |

**W ramach projektu chciałbym/chciałabym wziąć udział w Usłudze Rozwojowej
znajdującej się w Bazie Usług Rozwojowych:**

Proszę wskazać numer i nazwę:

.....
.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Kandydata/ki na
Uczestnika/czkę projektu



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym informacje i złożone w nim oświadczenia są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Kandydata/ki na
Uczestnika/czkę projektu

Ponadto oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
2. Zostałam poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacji do udziału w projekcie pn. „Kuznia Kwalifikacji Zawodowych”, opisanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.
3. Oświadczam, że zostałam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu „Kapitał ludzki gotowy do zmian” programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia na lata 2021-2027
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z ww. projektem drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
5. Zobowiązuję się do informowania Operatora Projektu o wszelkich zaistniałych zmianach, w szczególności mających wpływ na treść wydanych oświadczeń i zmianach kontaktowych.
6. Jestem świadomy/świadoma, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Kandydata/ki na
Uczestnika/czkę projektu

Załączniki:

1 Klauzula Informacyjna RODO