



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROJEKT „LEPSZE KWALIFIKACJE”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0223/19

DATA I GODZINA
WPŁYWU FORMULARZA:

1. Imię (imiona) i nazwisko														
2. PESEL												3. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Adres zamieszkania	Województwo:													
	Powiat:													
	Gmina:													
	Miejscowość:													
	Ulica:				nr budynku:				nr lokalu:					
	Kod pocztowy:													
5. Telefon kontaktowy														
6. E-mail														
7. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe													
	<input type="checkbox"/> Podstawowe													
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne													
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)													
	<input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne)													
	<input type="checkbox"/> Wyższe													

8. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu ¹	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ¹ <input type="checkbox"/> osoba ucząca się ¹ <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • w administracji rządowej • w administracji samorządowej • w MMŚP • w organizacji pozarządowej 	<ul style="list-style-type: none"> • prowadząca działalność na własny rachunek • w dużym przedsiębiorstwie • inne <p>.....</p>
9. Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu inny
10. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	a) osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE b) osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE c) osoba z niepełnosprawnościami ¹ <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE d) osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej) <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
11. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> tak: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny 	Proszę podać nr orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność bądź dołączyć kserokopię do formularza zgłoszeniowego:
12. Uprawnienia do prowadzenia pojazdów	<input type="checkbox"/> Posiadam prawo jazdy kat. B <input type="checkbox"/> Nie posiadam powyższego uprawnienia	
13. Oświadczenie	Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Autojazda Justyna Juszcak oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz 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 (RODO)) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.	
14. Data i miejsce wypełnienia formularza		
15. Podpis		

¹ Należy przedłożyć pracownikowi projektu aktualne orzeczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej

DODATKOWE OŚWIADCZENIA

Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że:

1. Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się informowania wymienionych w pkt. 13 podmiotów w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu „Lepsze kwalifikacje” nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0223/19 i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
3. Oświadczam, że podany przeze mnie adres e-mail i/lub numer telefonu jest aktywny i zobowiązuję się, że będę za pośrednictwem telefonicznym i poczty elektronicznej odbierać na bieżąco informacje dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:

Do wglądu - dokument uprawniający do prowadzenia pojazdów kat. B
Oświadczenia o spełnianiu kryteriów dodatkowych
Oświadczenie o obowiązku poinformowania o sytuacji zawodowej i edukacyjnej po zakończonym udziale w projekcie
Oświadczenie o niekaralności
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności wydany przez właściwy Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza (jeżeli dotyczy)

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Podane w Formularzu zgłoszeniowym dane dotyczące imienia, nazwiska, daty urodzenia i nr PESEL kandydata/-tki są zgodne z przedłożonym dokumentem tożsamości.

--	--

Miejscowość, data

Podpis osoby z personelu projektu dokonującej weryfikacji



OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW DODATKOWYCH

PROJEKT „LEPSZE KWALIFIKACJE”

nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0223/19

Niniejszym oświadczam, iż:

- Sprawuję opiekę nad osobą zależną (.....)
(należy wskazać rodzaj zależności np. dziecko, rodzic)
- Nie sprawuję opieki nad osobą zależną

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

Niniejszym oświadczam, iż przed przystąpieniem do niniejszego projektu byłem uczestnikiem projektu z zakresu włączenia społecznego w ramach 9. celu tematycznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko – Pomorskiego 2014 – 2020:

- Tak
- Nie

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki



OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU O OBOWIĄZKU POINFORMOWANIA O SYTUACJI ZAWODOWEJ I EDUKACYJNEJ PO ZAKOŃCZONYM UDZIALE W PROJEKCIE

PROJEKT „LEPSZE KWALIFIKACJE”
nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0223/19

Ja, niżej podpisany/-a

.....
(imię i nazwisko)

zobowiązuję się, że po zakończeniu mojego udziału w projekcie „LEPSZE KWALIFIKACJE”,
informacje dotyczące:

- mojego statusu na rynku pracy (np. zmiany warunków zatrudnienia, zmiany miejsca zatrudnienia, zarejestrowania własnej działalności gospodarczej itp.),
- mojego udziału w kształceniu lub szkoleniu
przekażę do 4 tygodni od zakończenia udziału:
- Liderowi Projektu: Autojazda Justyna Juszczak, ul. Dworcowa 87, 85-009 Bydgoszcz, e-mail: biuro@autojazda.com.pl

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU

PROJEKT „LEPSZE KWALIFIKACJE”
nr projektu: RPKP.08.02.02-04-0223/19

Ja, niżej podpisany/-a

.....

(imię i nazwisko)

zamieszkały/-a:

.....

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym

(Seria i numer)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż nie byłem karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie oraz, że korzystam z pełni praw publicznych.

--	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis kandydata/kandydatki