

**FORMULARZ REKRUTACYJNY****DO PROJEKTU „SZANSA NA NOWY START” realizowanego w ramach Działania 10.08 Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027****Część A- Dane i status kandydata do projektu**

Nr identyfikacyjny:

Data wpływu:

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją wypełniania. Dziękujemy

Instrukcja wypełniania Formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.
4. Brak wymaganych własnoręcznych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji w projekcie „SZANSA NA NOWY START”

I. DANE OSOBOWE KANDYDATAWszystkie pola muszą być wypełnione¹

Nazwisko														
Imię/ Imiona														
PESEL													Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna													
Miejsce zamieszkania²/Dane kontaktowe														
Ulica						Nr domu		Nr lokalu						
Miejscowość														
Kod pocztowy						Poczta								
Powiat						Województwo								
Telefon kontaktowy						Adres poczty elektronicznej (e-mail)								

Wykształcenie - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.

¹ Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu.

² Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/Ponadpodstawowe (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)
<input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)	<input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)	<input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)
II. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU Należy zaznaczyć właściwe pola	
<u>Oświadczam, że jestem:</u> <input type="checkbox"/> osobą zatrudnioną na umowę cywilnoprawną (zlecenie/dzieło) (<u>na potwierdzenie statusu należy dostarczyć kopię umowy cywilnoprawnej i/lub zaświadczenie od Zleceniodawcy</u>) <input type="checkbox"/> osobą zatrudnioną na umowę o pracę krótkoterminową (<u>na potwierdzenie statusu należy dostarczyć kopię umowy o pracę i/lub zaświadczenie od Pracodawcy</u>)	
<u>Ponadto oświadczam, że jestem:</u> Osobą niepełnosprawną: <input type="checkbox"/> TAK, w stopniu..... (<u>na potwierdzenie statusu należy przedłożyć kserokopię ważnego orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego</u>) <input type="checkbox"/> NIE	
III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ I PREFERENCJI W PRZYPADKU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <u>Wypełniają wyłącznie osoby z niepełnosprawnościami.</u>	
Czy Posiada Pan/i bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności? <input type="checkbox"/> Tak, jakie?..... <input type="checkbox"/> Nie	
Czy ma Pan/i preferencje co do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jakie powinny być spełnione w projekcie? <input type="checkbox"/> Tak, jakie?..... <input type="checkbox"/> Nie	
IV. POZOSTAŁE DANE Należy zaznaczyć właściwe pola	



Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej (np. byli więźniowie, narkomani, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego, osoby zamieszkujące obszary wiejskie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi w wieku do 7 lat lub osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie z Regulaminem Projektu.
- Oświadczam, że **nie biorę udziału** w innym projekcie aktywizacji społecznozawodowej współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w ww. projekcie nie będę uczestniczył w innym projekcie aktywizacji społecznozawodowej współfinansowanym ze środków EFS+.
- Oświadczam, iż nie posiadam dochodów z tytułu innej działalności zarobkowej w wymiarze równym/większym niż połowa wymiaru czasu pracy bądź nie jestem osobą samozatrudnioną

SŁOWNIK POJĘĆ

- 1. Umowa krótkoterminowa** - umowa zawarta na czas określony, która upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy.
- 2. Osoba z niepełnosprawnościami** - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.
- 3. Osoba o niskich kwalifikacjach** - osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie, tj. na poziomie: podstawowym (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) lub gimnazjalnym (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) lub ponadgimnazjalnym (kształcenie ukończone na poziomie liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniające, zasadniczej szkoły zawodowej).

.....
(Data i czytelny podpis kandydata/ki)



CZEŚĆ B – Oświadczenia

Wyrażam gotowość do udziału w projekcie pn. „**Szansa na nowy start**”, numer projektu **FESW.10.08-IP.01-0012/24**, realizowanego przez Fundacja Challenge Europe z siedzibą w Kielcach, Al. IX Wieków Kielce 6/17, 25-516 Kielce w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet FESW.10 Aktywni na rynku pracy, 10.08 Zwiększanie możliwości zawodowych osób zatrudnionych.

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z pełną dokumentacją projektu, w szczególności z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w ramach projektu „**Szansa na nowy start**” akceptuję zawarte w nim warunki i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowienia.
- Jestem świadomy/a, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w projekcie „**Szansa na nowy start**”, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikacyjne określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „**Szansa na nowy start**”.
- Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-a), że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027, Priorytet FESW.10.00, Działanie FESW.10.08.
- Oświadczam, że nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Oświadczam, że w okresie ostatnich 4 tygodni przed datą złożenia niniejszego oświadczenia nie uczestniczyłem/am w szkoleniach/kursach finansowanych ze środków publicznych (np. Funduszu Pracy, EFS+, Budżetu Państwa).
- Oświadczam, że zamieszkuję na terenie objętym działaniami projektu, tj. województwo świętokrzyskie. Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z projektem drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
- Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o obowiązku przekazania Fundacja Challenge Europe z siedzibą w Kielcach, Al. IX Wieków Kielce 6/17, 25-516 Kielce informacji dot. mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, tj. statusu na rynku pracy, informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu pn. „**Szansa na nowy start**” (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).
- Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) 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 KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu)