Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

 ***„*Nowe kwalifikacje - Twoją szansą” FEDS.07.09-IP.02-0072/24**

| Data wpływu Formularza  |  |
| --- | --- |
| Numer rekrutacyjny |  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz |  |

Formularz należy wypełnić czytelnie, **DRUKOWANYMI LITERAMI**.

Odpowiedzi w formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.

| **CZĘŚĆ I - DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU** |
| --- |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PESEL lub inny identyfikator |  | ☐ brak PESEL |
| Płeć: | ☐ kobieta | ☐ mężczyzna |
| Wiek: |  | data urodzenia: |
| Obywatelstwo | Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE | ☐ |
| Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | ☐ |
| Obywatelstwo polskie | ☐ |
| Wykształcenie | **Średnie I stopnia lub niższe** (ISCED 0–2) (brak, podstawowe, gimnazjalne) | ☐ |
| **Ponadgimnazjalne** (ISCED 3) (liceum, technikum, szkoła zawodowa)  | ☐ |
| **Policealne** (ISCED 4)(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) | ☐ |
| **Wyższe** (ISCED 5-8)(kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencjackim, magisterskim lub wyżej) | ☐ |
| **ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI** |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat  |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

| **CZĘŚĆ II - STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji społecznej) |
| --- |
| Osobą obcego pochodzenia  | ☐ TAK ☐ NIE  |
| Osoba państwa trzeciego | ☐ TAK ☐ NIE  |
| Osoba należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | ☐ TAK ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐ NIE  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ☐ TAK ☐ NIE  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ☐ TAK ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐ NIE  |

| **CZĘŚĆ III - STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji zawodowej) |
| --- |
| **Osoba** **pracująca,** w tym: | ☐ TAK ☐ NIE  |
| * osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
* osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
* osoba pracująca na uczelni
* osoba pracująca w instytucie naukowym
* osoba pracująca w instytucie badawczym
* osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
* osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
* osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
* osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
* inne
 |
| **Osoba** **bierna zawodowo**, w tym: | ☐ TAK ☐ NIE  |
| * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie
 |
| **Osoba** **bezrobotna,** w tym: | ☐ TAK ☐ NIE  |
| * długotrwale bezrobotną
* inne
 |

| **CZĘŚĆ IV – KRYTERIA FORMALNO - MERYTORYCZNE****Oświadczam, że:** |
| --- |
| Jestem osobą w wieku pow. 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu) | ☐ TAK☐ NIE |
| Jestem osobą kwalifikującą się do grupy: | ☐ TAK☐ NIE |
| **Osobą odchodząca z rolnictwa** (osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno – rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90), zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objęta obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1198 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.);  | ☐ TAK |
| **Osobą zatrudnioną na umowę krótkoterminową, umowę cywilno-prawną** Umowa krótkoterminowa – umowa będąca podstawą nawiązania stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy | ☐ TAK |
| **Osobą ubogą pracującą**osoba pracująca zamieszkująca w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów społecznych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu alboktórej dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu;  | ☐ TAK |
| **Osobą z niepełnosprawnościami** osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze 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) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia; | ☐ TAK |
| **Osobą która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy** | ☐ TAK |
| **Osobą posiadającą niskie kwalifikacje** | ☐ TAK |
| **Osobą zamieszkałą (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na obszarze woj. dolnośląskiego,** w tym zamieszkującą**:*** obszary gmin wykluczonych komunikacyjnie - zgodnie z Załącznikiem nr 8 – Wykaz obszarów wykluczonych komunikacyjnie
* miasta średnie tracące funkcje społeczno-gospodarcze

(Bielawa, Bolesławiec, Dzierżoniów, Głogów, Jawor, Jelenia Góra, Kamienna Góra, Kłodzko, Legnica, Lubań, Nowa Ruda, Świdnica, Świebodzice, Wałbrzych, Ząbkowice Śląskie, Zgorzelec, Złotoryja)* obszary zagrożone trwałą marginalizacją

 (Bardo, Boguszów-Gorce, Bystrzyca Kłodzka, Duszniki-Zdrój, Góra, Gromadka, Jemielno, Kamieniec Ząbkowicki, Kowary, Lądek-Zdrój, Leśna, Lewin Kłodzki, Międzylesie, Mirsk, Niechlów, Nowa Ruda, Pęcław, Pieńsk, Przemków, Przeworno, Radków, Stoszowice, Stronie Śląskie, Świeradów-Zdrój, Świerzawa, Węgliniec, Wojcieszów, Zawidów, Ziębice, Złoty Stok) | ☐ TAK |
| Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ | ☐ TAK |

| **CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY** *(należy zaznaczyć x)* |
| --- |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową, jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ☐ TAK  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | ☐ TAK  |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką | ☐ TAK  |
| Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ☐ TAK  |
| Inne specjalne potrzeby, jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ☐ TAK  |

| **CZĘŚĆ V – FORMY WSPARCIA** |
| --- |
| 1. | DORADZTWO ZAWODOWE WRAZ Z OPRACOWANIEM IPD (4 godz./UP) |
| 2. | SZKOLENIA ZAWODOWE (śr. 112h/UP); |
| 3. | POŚREDNICTWO PRACY (6 godz./UP) |
| 4. | STAŻE ZAWODOWE [3-miesięczne] (36 UP) |

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

* posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
* zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląskiego 2021-2027,
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „Nowe kwalifikacje – Twoją Szansą” FEDS.07.09-IP.02-0072/24, akceptuję jego warunki i wyrażam dobrowolną chęć udziału w Projekcie,
* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,
* zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji społeczno-zawodowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie oraz do wypełnienia ankiety ewaluacyjnej,
* Potwierdzam zapoznanie się z treścią Klauzuli informacyjnej Beneficjenta, Partnera oraz Klauzuli informacyjnej IP/IŻ.

|   |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość, data* | *Czytelny podpis Uczestnika/czki* |