



Załącznik 1 do Regulaminu Formularz zgłoszeniowy

WYPEŁNIA OPERATOR PROJEKTU	
Data i godzina wpływu:	
Numer ewidencyjny:	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU "PODNOSIMY KOMPETENCJE"

DANE OSOBOWE			
1.	Nazwisko:		
2.	Imię (imiona):		
3.	PESEL:		
4.	Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek:		
ADRES ZAMIESZKANIA			
1.	Kraj:		
2.	Ulica:		
3.	Nr domu:		
4.	Nr lokalu:		
5.	Miejscowość:		
6.	Kod pocztowy:		
7.	Poczta:		
8.	Województwo:		
9.	Powiat:		
10.	Gmina:		
11.	Obszar:	<input type="checkbox"/> Miejski	<input type="checkbox"/> Wiejski
DANE KONTAKTOWE			
1.	Kontakt telefoniczny:		
2.	E-mail:		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY:			
<i>Tylko w JEDNYM spośród czterech następujących punktów: 1., 2., 4., 5. można zaznaczyć opcję 'TAK'</i>			
1.	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak	
2.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> tak	
3.	Osoba długotrwale bezrobotna <small>Zaznaczyć, jeśli w pkt. 1. lub pkt. 2. zaznaczono TAK</small>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4.	Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> tak	
4.1.	Osoba ucząca się <small>Zaznaczyć, jeśli w pkt. 4. zaznaczono TAK</small>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4.2.	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <small>Zaznaczyć, jeśli w pkt. 4. zaznaczono TAK</small>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie



5.	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak
Proszę zaznaczyć miejsce wykonywanej pracy: <i>Zaznaczyć jedno pole wyboru, jeśli w pkt. 5. zaznaczono TAK</i> <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne		
6.	Wykonywany zawód:	
7.	Aktualne miejsce zatrudnienia:	
8.	Aktualne miejsce kształcenia:	
POZIOM WYKSZTAŁCENIA: Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia		
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) (ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)		
DODATKOWE DANE		
1.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.1.	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <i>Zaznaczyć, jeśli w pkt. 2. zaznaczono TAK</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4.	Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6.	Należy zaznaczyć m.in. wtedy, gdy kandydat pochodzi z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3). Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

1. Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu projektu "Podnosimy kompetencje"
- wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora na potrzeby rekrutacji zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu "**Podnosimy kompetencje**", a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Organizatora z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej RPO WiM 2014 - 2020 wynikających z umowy nr: **RPWM.02.03.01-28-0052/16**
- zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

.....
Miejsce i data

.....
Czytelny podpis



OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż posiadam wykształcenie co najwyżej średnie i/lub wiek 50+:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż jestem zainteresowana/y podnoszeniem poziomu kompetencji i umiejętności:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż nie prowadzę działalności gospodarczej:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż na terenie regionu operacyjnego (m. Olsztyn i pow. olsztyński):

- uczę się, pracuję lub mieszkam, w rozumieniu KC lub

- realizuję wybrany do dofinansowania kurs oraz uczę się, pracuję lub mieszkam w rozumieniu KC, w woj. warmińsko-mazurskim:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż nie ubiegam się o refundację szkolenia już rozpoczętego/zakończonego:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż nie otrzymuję dofinansowania tego samego kosztu z innych źródeł:

TAK

NIE

Podpis:

Oświadczam, iż będąc osobą 64+ jestem gotowa/y podjąć bądź kontynuować zatrudnienie:

TAK

NIE

Podpis:

OŚWIADCZAM, IŻ WYBIERAM NASTĘPUJĄCE FORMY WSPARCIA:

Szkolenia językowe z języka angielskiego

Szkolenia językowe z języka niemieckiego

Szkolenia językowe z języka francuskiego

Szkolenia z zakresu ICT

Szkolenia z zakresu zarządzania projektami

Data i podpis:

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, iż Uczestnik Projektu ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. W związku z tym, w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, Organizatorowi szkolenia przysługuje od Uczestnika Projektu roszczenie w drodze powództwa cywilnego oraz brak możliwości dofinansowania, tj. nierozliczenie kosztów w przypadku poświadczenia nieprawdy.

.....
Miejsce i data

.....
Czytelny podpis

WYPEŁNIA OPERATOR PROJEKTU

Oświadczam, iż: (imię i nazwisko),
..... (numer PESEL) kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do udziału w projekcie "Podnosimy kompetencje"

Uzasadnienie:

Informację przekazano: osobiście/mailowo/telefonicznie/listownie

Miejsce i data:

Podpis: