Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Projekt „Inwestycja w siebie”

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | | Dane uczestnika | | | | | | | |
| 1. | Nazwisko | |  | | | | | | | |
| 2. | Imię (Imiona) | |  | | | | | | | |
| 3. | Płeć  (zaznaczyć x) | | Kobieta | | | Mężczyzna | | | | |
| 4. | PESEL | |  | | | | | | | |
| 5. | Data i Miejsce urodzenia | |  | | | | | | | |
| 6. | Adres zamieszkania: | | Województwo Warmińsko-mazurskie | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | |
| Gmina | |  | | | | | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | |
| Ulica | |  | | Nr domu/nr lokalu | | |  | | |
| Kod pocztowy | |  | | Numer telefonu | | |  | | |
| 7. | Adres e-mail | |  | | | | | | | |
| Telefon | |  | | | | | | | |
| 8. | Wykształcenie | | Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 | | | | | |  | |
| Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) ISCED 1 | | | | | |  | |
| Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum ) ISCED 2 | | | | | |  | |
| Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) ISCED 3 | | | | | |  | |
| Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) ISCED 4 | | | | | |  | |
| Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora ISCED 5-8 | | | | | |  | |
| 9. | Doświadczenie zawodowe (lata pracy, zajmowane stanowiska) | |  | | | | | | | |
| 10. | Powód zgłoszenia\*  (zaznaczyć x) | | Bezrobocie do 12 m-cy | | | | | |  | |
| Długotrwałe Bezrobocie powyżej 12 miesięcy | | | | | |  | |
| Osoba, która zakończyła realizację PAI | | | | | |  | |
| Problem alkoholowy | | | | | |  | |
| Przemoc | | | | | |  | |
| Problemy opiekuńczo-wychowawcze | | | | | |  | |
| Osoba niepełnosprawna | | | | | |  | |
| Osoba korzystające z PO PŻ | | | | | |  | |
| Ubóstwo | | | | | |  | |
| Osoba korzystająca z form pomocy społecznej  Ile form ………………… | | | | | |  | |
|  | Niepełnosprawność  (dana wrażliwa) | | ODMAWIAM PODANIA ODPWIEDZI | | | | | |  | |
| NIE | | | | | |  | |
| TAK | Lekki | | | | |  | |
| Umiarkowany | | | | |  | |
| Znaczny | | | | |  | |
| Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi | | | | | |  | |
| 11. | Środowisko domowe. Opieka nad osobą zależną | |  | | | | | | | |
| 12. | Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole | | | | | | TAK | | | NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | |  | | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | |  | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | |  | | |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | | | | |  | | |  |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | | | | |  | | |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | | | | |  | | |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji | | | | | |  | | |  |
| 13. | | **ZGODY** | | | | | | | | |
| Samodzielnie i z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w Projekcie „Inwestycja w siebie” wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym | | | | | | | | |
| Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu projektu, zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Inwestycja w siebie” nr RPWM.11.01.01-28-0090/18 i akceptuję jego warunki. | | | | | | | | |
| Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem do projektu „Inwestycja w siebie”. | | | | | | | | |
| Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenie może odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania; | | | | | | | | |
| Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, tj. we wszystkich zadaniach, które zostaną dla mnie przewidziane w ramach projektu, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu | | | | | | | | |
| Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o zmianie danych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym; | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej; | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta tj.: Inwest Ekspert- Szkolenia, ul. Franciszka Barcza 46\83, 10-685 Olsztyn, Partnera Projektu Edukacyjna Szansa AZIRO, ul. Różowa 16, 10-149 Olsztyn oraz inne podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. C oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne do procesu rekrutacji. | | | | | | | | |
| Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych; | | | | | | | | |
| Zostałem/am poinformowany, iż w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału w projekcie Organizator może domagać się całości zwrotu kosztów mojego uczestnictwa w projekcie. Zapisy te nie mają zastosowania w przypadku, gdy powodem rezygnacji z udziału w projekcie będzie podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. | | | | | | | | |
| Zostałem/am poinformowany o możliwości obciążenia mnie kosztami uczestnictwa w projekcie, w przypadku nieuzasadnionej odmowy przyjęcia wskazanego przez Organizatora zatrudnienia, adekwatnego do moich umiejętności, kwalifikacji czy doświadczenia | | | | | | | | |
| Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą | | | | | | | | |

……………………………………… ……………….…………………………….

Data Czytelny podpis kandydata