



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Gotowi do zmiany” nr FESW.10.08-IP.01-0017/24 realizowanego przez Biuro Rachunkowe BIUREX Sp. z o.o. (Beneficjent) i Stowarzyszenie Humaneo (Partner) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Gotowi do zmiany”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (na komputerze lub WIELKIMI LITERAMI).

Dane osobowe:

Imię (imiona) i nazwisko

PESEL / inny identyfikator

Wiek

Płeć

Obywatelstwo

Dane kontaktowe:

Adres zamieszkania (ulica, numer domu, numer lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

.....

.....

Gmina

Powiat

Województwo

Numer telefonu

E-mail

Wykształcenie:

☐ Brak

☐ Podstawowe

☐ Gimnazjalne

☐ Ponadgimnazjalne

☐ Policealne

☐ Wyższe

Oświadczenia Osoby kandydującej do Projektu:

- ☐ Zamieszkuję w województwie świętokrzyskim.
- ☐ Jestem osobą między 18 a 89 rokiem życia
 - ☐ w tym osobą w wieku 18 – 29
 - ☐ w tym osobą powyżej 55 roku życia
- ☐ Jestem osobą:
 - ☐ zatrudnioną na podstawie umowy krótkoterminowej (i nie jestem osobą zatrudnioną w innym miejscu na umowę o pracę powyżej 6 miesięcy),
 - ☐ zatrudnioną na podstawie umowy cywilnoprawnej (i nie jestem osobą zatrudnioną w innym miejscu na umowę o pracę).
- ☐ Nie korzystam z tożsamego wsparcia z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.
- ☐ Z własnej inicjatywy zgłaszam chęć podnoszenia / uzupełnienia umiejętności i kompetencji / kwalifikacji.
- ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnością.

Specjalne potrzeby Osoby kandydującej do Projektu wynikające z niepełnosprawności (wypełnić, jeśli dotyczy)

Proszę zaznaczyć usługi, których dostępność umożliwi komfortowe i pełne uczestnictwo w Projekcie:

- ☐ tłumacz PJM
- ☐ tłumacz SJM
- ☐ tłumacz SKOBN
- ☐ pętla indukcyjna
- ☐ powiększony tekst
- ☐ materiały w alfabecie Braille'a
- ☐ wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust
- ☐ wsparcie asystenta: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową
- ☐ obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- ☐ zapewnienie warunków dla psa asystującego
- ☐ szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia, jakie?
- ☐ inne

Oświadczenia:

1. Znane mi są zasady rekrutacji oraz udziału w projekcie „**Gotowi do zmiany**” zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa. Akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz deklaruję, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie.
2. Poinformowano mnie, że projekt „**Gotowi do zmiany**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 10.8 Zwiększenie możliwości zawodowych osób zatrudnionych, Priorytetu X Aktywni na rynku pracy Funduszy Europejskich dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „**Gotowi do zmiany**” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta projektu w celach rekrutacji i realizacji projektu zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
6. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
7. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji (w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie).

Upředzono mnie o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY
KANDYDUJĄCEJ DO PROJEKTU



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Potwierdzam zgodność podanych powyżej danych z przedstawionym
dokumentem tożsamości

.....
DATA WPŁYWU DOKUMENTÓW
REKRUTACYJNYCH

.....
CZYTELNY PODPIS PRACOWNIKA
BIURA PROJEKTU