**WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy”**

Aktualizacja 03.03.2021

**Wypełnia kadra projektu:**

Data i miejsce wpływu wniosku zgłoszeniowego……………………………………………………………….……

Podpis osoby przyjmującej wniosek ………………………………………………………………..……………………...…

**Wypełnia osoba ubiegająca się o udział w projekcie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | |
| **Nazwisko:**  ………..……………………………. | **Imię/ Imiona:**  ………………………………… | | **Płeć:**   * Kobieta * Mężczyzna |
| **Data, miejsce i urodzenia:**  ………………………………………………………………..………… | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **PESEL:** | | | |
| **Adres zamieszkania:**  Ulica:....................................  nr domu:…………………….  nr lokalu:………………………  miejscowość:………………….  kod pocztowy:……………….  gmina:………………….  powiat:….…………….  województwo:….……………………….   * obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko - wiejskiej) * obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej) | | **Dane kontaktowe:**  Numer telefonu:  …………………………………………………  Adres poczty elektronicznej (e-mail):  …………………………………………………….. | |
| **Adres do korespondencji**  *(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zameldowania)*  ………………………………….…………………..  ………………………………………………………  ……………………………………………………… | |
| **Posiadane wykształcenie:**   * wyższe (ISCED 5-8) * policealne (ISCED 4) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) * gimnazjalne ( ISCED 2) * podstawowe (ISCED 1) * niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** | | |
| Oświadczam, że na dzień składania wniosku (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy): | | |
| **Jestem osobą pracującą:**  Jeśli tak:  Pełna nazwy pracodawcy (firmy/ instytucji):  ………………………………………………………………………………………………………………….  Zawód:  ………………………………………………………………………………………………………………….  Typ zatrudnienia:   * Os. Pracująca w administracji rządowej * Os. Pracująca w administracji samorządowej * Os. Pracująca w MMŚP * Os. Pracująca w organizacji pozarządowej * Os. Prowadząca działalność na własną rękę * Os. Pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | * TAK * NIE |
| **Jestem osobą bierną zawodowo:**  Jeśli tak:   * Os. Ucząca się * Os. nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * inne | | * TAK * NIE |
| **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracy  Jeśli tak:   * Długotrwale * Inne | | * TAK * NIE |
| **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracy  Jeśli tak:   * Długotrwale * Inne | | * TAK * NIE |
| **Jestem osobą uczącą się lub kształcącą:**  w przypadku osób, które nie zamieszkują na terenie województwa świętokrzyskiego, ale uczą się na terenie województwa świętokrzyskiego, proszę wpisać miejsce edukacji:  ………………………………….……………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………. | | * TAK * NIE |
| **POZOSTAŁE DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA PROJEKTU NIEZBĘDNE DO POMIARU WSKAŹNIKÓW** | | |
| Oświadczam, że na dzień składania wniosku (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy): | | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami (jeśli tak, proszę dodatkowo zaznaczyć stopień niepełnosprawności):   * lekki * umiarkowany * znaczny   Jestem osobą z niepełnosprawnościami (jeśli tak, proszę dodatkowo  o wypełnienie załącznika nr 1 Ankieta dotycząca specyficznych potrzeb szkoleniowych osób z niepełnosprawnościami.) | * TAK * NIE | |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | * TAK * NIE * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK * NIE * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | |
| Jestem osobą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | * TAK * NIE * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | |
| Jestem osobą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | * TAK * NIE * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK * NIE * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI | |
| **DEKLARACJA UDZIAŁU W KURSIE** | | |
| **Jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniu (dany kandydat może wziąć udział w jednej formie wsparcia):**   * **Kurs spawania metodą TIG** * **Kurs spawania metodą MIG/MAG** * **Kurs prawa jazdy kategoria C** * **Kurs prawa jazdy kategoria C+E** * **Kurs – operator CNC** * **Kurs kadry i płace** * **Kurs elektryk budowlany ze specjalnością Montera Systemów Fotowoltaicznych** * **Kurs kwalifikacji wstępnej przyspieszonej dla kandydatów na kierowców zawodowych** * **Kurs księgowości I stopnia**   Dla całej grupy beneficjentów zaplanowano także dodatkowo do każdego wybranego kursu, moduł szkoleniowy w zakresie BHP wraz z elementami ochrony środowiska w miejscu pracy (14 godzin/os.) Natomiast dla osób powyżej 50 roku życia, oraz o niskich kwalifikacjach i bezrobotnych zostanie dodatkowo przeprowadzony moduł w zakresie przedsiębiorczości i kultury zawodu z elementami nt. równości szans (21 godzin/os.) | | |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie zapotrzebowania na udział w danym kurs (np. możliwość znalezienia zatrudnienia, podniesienie kwalifikacji, utrzymanie zatrudnienia, awans zawodowy)** *…………………..……………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..*  *…………………..……………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………….* |

**Ja niżej podpisany/a oświadczam i przyjmuję do wiadomości, że:**

* Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki. Jednocześnie stwierdzam, iż zgodnie z wymaganiami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w w/w projekcie.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt pn. „Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 i realizowany jest przez ARR na podstawie umowy z Województwem Świętokrzyskim pełniącym rolę Instytucji Zarządzającej   
  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020;
* W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie, zobowiązuje się do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie przekazać beneficjentowi dane dotyczące moje statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
* Nie korzystam równolegle z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Nie mam przeciwskazań zdrowotnych do udziału w projekcie.
* Zgodnie z przepisami, 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 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne do realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020)
* Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) zawartych w niniejszym wniosku (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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz właściwymi krajowymi przepisami z zakresu ochrony danych osobowych), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy”, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez ARR z obowiązków sprawozdawczych z realizacji projektu wobec Instytucji Zarządzającej. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie w/w danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących w/w informacje przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usług, w których brałem/am udział, monitoringu oraz ewaluacji projektu;
* Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
* Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Starachowicach dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego;
* Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo;
* Jestem świadomy/a, że Zgłoszenie uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne   
  z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
* Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy zaświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………… | …………………… | ……..….…………………………………. |
| Miejscowość | Data | Czytelny podpis Kandydata |