***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji***

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu formularza rekrutacyjnego** | **Nr formularza rekrutacyjnego** |
|  |  |

**Formularz rekrutacyjny do projektu „TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O KANDYDACIE(KD)** | | | |
| 1. **Imię / imiona** | | 1. **Nazwisko** | |
| 1. **Obywatelstwo** | | 1. **Płeć: kobieta mężczyzna** | |
| 1. **Nr dok. tożsamości i PESEL** | | 1. **Data i miejsce urodzenia** | |
| 1. **Adres zamieszkania**   województwo ………………………………………………………..  powiat ………………………………………………………..  ulica / nr domu / nr lokalu ………………………………………………………..  kod pocztowy i miejscowość ……………………………………………………………………… | | 1. **Adres korespondencyjny**(wypełnić jeśli inny niż zameldowania)   województwo ……………………………………………………  powiat ……………………………………………………  ulica / nr domu / nr lokalu ……………………………………………………  kod pocztowy i miejscowość …………………………………………………… | |
| 1. **Telefon kontaktowy** | | 1. **Adres mailowy** | |
| 1. **Status Kandydata oraz przynależność do grupy docelowej**   jestem osobą pracującą , \*:  umowa o pracę  umowa zlecenie  zamieszkuję 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 (1200,00 zł)  dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za  pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu ( 4242,00 zł)  o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności\*\*  z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną  i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) \*\*  korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)  opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej wykluczoną komunikacyjnie  osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy  \*Zaświadczenie od pracodawcy o zarobkach/umowa o pracę/umowa zlecenie \*\*Orzeczenie o niepełnosprawności | | | |
| 1. **Wykształcenie**   podstawowe (ISCED 1) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej,  gimnazjalne (ISCED 2) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej,  ponadgimnazjalne (ISCED 3) - kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej,( liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)  policealne (ISCED 4)-kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej  wyższe (ISCED 5-8) – wykształcenie na poziomie wyższym. | | | |
| 1. **Proszę podać szkolenia / kursy, które Pan(i) ukończył(a)** 2. **………………………………………………………………………………………………………. b*.* …………………………………………………………………………………………………………..** | | | |
| 1. **Doświadczenie zawodowe ( dwie ostatnie firmy/przedsiębiorstwa)** | | | |
| **Okres zatrudnienia** | **Zawód wykonywany** | | **Nazwa firmy** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 1. **Deklaruję chęć udziału w:**   szkolenie\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  studia podyplomowe\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  wsparcie dodatkowe \*……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **\* Proszę podać proponowane szkolenie/studia/wsparcie dodatkowe** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZOSTAŁE DANE KANDYDATKA/KI NA UCZESTNIKA PROJKETU** | |
| Oświadczam, że na dzień składania formularza (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy): | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami  (kopia dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnościami) | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| Jestem osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności  marginalizowanych takich jak Romowie | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| Jestem osobą obcego pochodzenia (każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców  urodził się poza terenem Polski | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| Jestem osobą z krajów trzecich (obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej) | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z  dostępu do mieszkań | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |

**Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 KK § 1\* za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:**

**1**.Zostałem poinformowany, iż projekt pn. ,, TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ” jest współfinansowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowany jest przez PAKD i ARR na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Kielcach pełniącym funkcję Instytucji Pośredniczącej dla FEŚ 2021-2027.

**2**. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „TWOJE KWALIFIKACJE TWOJĄ SZANSĄ”. Akceptuję warunki regulaminu

i zobowiązuję się do ich przestrzegania oraz niezwłocznego poinformowania o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym.

**3**.Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału projekcie.

**4**.Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych   
w Formularzu rekrutacyjnym (na podstawie art. 29 w związku z art. 28 Rozporządzenia 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 - Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

**5**.Jestem zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy prawa cywilnego.

**6**.Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.

**7**.Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczenia projektu, do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy,

**8**.Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),

**9**.Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia wymienionych w regulaminie uczestnictwa.

**10**. Oświadczam, że nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej

dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus na lata 2021 – 2027.

**11.** Wyrażam zgodę na przekazanie odpowiednich danych zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących

monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 oraz udziału w badaniach ewaluacyjnych dotyczących

realizowanego Projektu po zakończeniu jego realizacji.

………………………………………… . …………………………………………

miejscowość i data czytelny podpis kandydat

1. **Załącznik nr 1 Oświadczenie o zamieszkaniu**
2. **Załącznik nr 2** **Oświadczenie o przynależności do grupy docelowej**
3. **Załącznik nr 3 a oraz 3 b** **Klauzula informacyjna**
4. **Zaświadczenie o zarobkach osób ubogich pracujących, za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu**
5. **Kserokopia (oryginał do wglądu) orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o lekkim lub umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności określonym   
   w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (jeśli dotyczy)**
6. **Dokument potwierdzający tożsamość i obywatelstwo, zaświadczenie o zarejestrowaniu pobytu obywatela UE.**

*\*- Odpowiedzialność karną za składanie fałszywych zeznań (za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) reguluje art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny   
(Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z dnia 29.11.2017 r.), który mówi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*