



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa projektu „Siła kompetencji”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt: Siła kompetencji nr RPMP.08.04.02-12-0032/15

Tytuł projektu	„Siła kompetencji”		
Oś priorytetowa	8 Rynek pracy		
Działanie,	8.4 Rozwój kompetencji kadr i adaptacja do zmian		
Poddziałanie,	8.4.2. Adaptacja do zmian		
Osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy			
Data i godzina wpływu formularza			

### 1. PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię (Imiona)			
Nazwisko			
Wiek			
PESEL		NIP	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Miejsce urodzenia		Data urodzenia	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (średnie, zasadnicze, zawodowe)	<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe
Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak (wym. orzeczenie) <input type="checkbox"/> Nie	Rodzaj i stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	

### 2. ADRES ZAMIESZKANIA ( w rozumieniu KC)

Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy/Poczta		Miejscowość	
Powiat		Województwo	



3. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić w przypadku gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)			
Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy/Poczta		Miejscowość	
Powiat		Województwo	

4. DANE KONTAKTOWE			
Tel komórkowy		Tel. stacjonarny	
E-mail:			

5. DANE OBECNEGO PRACODAWCY (dot. osób zagrożonych zwolnieniem lub przewidzianych do zwolnienia)			
Nazwa firmy			
Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy/Poczta		Miejscowość	
Powiat		Województwo	

6. STATUS NA RYNKU PRACY		
<b>OSOBA BEZROBOTNA - ZWOLNIONA Z PRACY Z PRZYCYN DOTYCZĄCYCH ZAKŁADU PRACY</b> (osoba pozostająca bez zatrudnienia <b>nie dłużej niż 6 m-cy</b> przed dniem przystąpienia do projektu) - wymagane <u>świadectwo pracy lub zaświadczenie zlecniodawcy – zał. 10</u> (dot. um. zlecenie)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- zarejestrowana w <b>Urzędzie Pracy</b> - wymagane <u>urzędowe zaświadczenie z urzędu pracy</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- <b>NIE</b> zarejestrowana w <b>Urzędzie Pracy</b> – <u>oświadczenie - zał. 2</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>OSOBA PRZEWIDZIANA DO ZWOLNIENIA Z PRACY</b> (pracownik, który znajduje się w okresie <b>wypowiedzenia</b> stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego lub um. zlecenie) – wymagane <u>wypowiedzenie lub zaświadczenie pracodawcy – zał. 3</u>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



<p><b>OSOBA ZAGROŻONA ZWOLNIENIEM:</b> (pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie <b>12 m-cy</b> poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn <u>niedotyczących pracowników</u>)<sup>1</sup> - wymagane <u>oświadczenie pracodawcy – zał. 4</u></p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p><b>OSOBA ODCHODZĄCA Z ROLNICTWA LUB CZŁONEK JEJ RODZINY UBEZPIECZENI W KRUS POSIADAJĄCY GOSPODARSTWO ROLNE O POWIERZCHNI:</b> (wymagane: - <u>zaświadczenie z gminy o powierzchni gospodarstwa lub nakaz płatniczy</u> - <u>zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu.</u>):</p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p>- POWYŻEJ 2 ha przeliczeniowych</p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p>- PONIŻEJ 5 ha przeliczeniowych</p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p><b>ROLNICY/DOMOWNICY Z GOSP., W KTÓRYM ŻADNA Z OSÓB NIE PRACUJE POZA ROLNICTWEM</b> – wymagane <u>oświadczenie – zał. 6</u></p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

7. UZYSKANE WSPARCIE OD PRACODAWCY	TAK / NIE
Nie uzyskałam/em wsparcia od pracodawcy	

8. OBSZARY WSPARCIA, KTÓRYMI JESTEM ZAINTERESOWANY/A	TAK / NIE
Wsparcie finansowe na założenie własnej działalności <sup>2</sup>	
Szkolenia przekwalifikowujące	
Doradztwo psychologiczne	
Doradztwo zawodowe	
Pośrednictwo pracy	
Staż zawodowy	

<sup>1</sup> Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

<sup>2</sup> Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Rozwoju Regionalnego z dnia 24.01.2011 r. o przyznanie środków na rozpoczęcie działalności mogą ubiegać się jedynie osoby zwolnione lub przewidziane do zwolnienia, co do których istnieje pewność, że utracą zatrudnienie przed przyznaniem dotacji (np. osoby będące w okresie wypowiedzenia stosunku pracy).



9. POZOSTAŁE INFORMACJE			
A. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
B. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
C. Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
D. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
(wypełnić w przypadku zaznaczenia odp. tak w pkt. d) w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
E. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
F. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

**Krótki opis planowanej działalności gospodarczej** -sektor, branża, posiadane zasoby tj. kwalifikacje i umiejętności, planowany koszt inwestycji (dot. osób zainteresowanych dotacją na założenie działalności gospodarczej):

---



---



---



---



---



---



---



---



## Niniejszym oświadczam, że:

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane i informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w przedłożonych załącznikach są zgodne z prawdą. Zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (art.233 §1 KK).

---

Miejscowość i Data

---

Czytelny podpis Uczestnika projektu

### Wymagane załączniki:

1. **Urzędowego zaświadczenie** z urzędu pracy w przypadku osób zarejestrowanych jako bezrobotne,
2. **Oświadczenie** w przypadku osób pozostających bez pracy – zał. 2
3. **Wypowiedzenia stosunku pracy u aktualnego pracodawcy lub zaświadczenia pracodawcy** (w przypadku osób przewidzianych dla zwolnienia) - zał. 3
4. **Zaświadczenia pracodawcy** (w przypadku osób – zagrożonych zwolnieniem) – zał. 4
5. **Kopia ostatniego świadectwa pracy.** W przypadku braku podania przyczyny rozwiązania umowy lub też wypowiedzenia stosunku pracy obowiązek dostarczenie wypełnionego dodatkowego zaświadczenia pracodawcy o przyczynie rozwiązania stosunku pracy (w przypadku zwolnionych) – zał. 5
6. **Oświadczenie rolnika/członka rodziny** rolnika – zał. 6
7. **Oświadczenie o nieprowadzeniu działalności gospodarczej** w okresie ostatnich 12 m-cy (dotyczy osób zainteresowanych uzyskaniem dotacji na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej) – zał. 7
8. **Oświadczenie o braku powiązań** – zał. 8
9. Oświadczenie „Zgoda na przetwarzanie danych osobowych”- zał. 9
10. **Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** (Jeśli dotyczy)
11. **Aktualne zaświadczenie z KRUS** o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników (Jeśli dotyczy)
12. **Zaświadczenie z gminy** o wielkości gospodarstwa rolnego bądź kopia **nakazu płatniczego** dotyczącego wielkości gospodarstwa (oryginał do wglądu) (jeśli dotyczy)
13. **Zaświadczenie** dot. umów zleceń – zał. 10

Kopie składanych dokumentów będą podlegać weryfikacji na podstawie okazania oryginału.