

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
„SIŁA KOMPETENCJI”
NR RPMP.08.04.02-12-0221/18

Formularz prosimy wypełniać **DRUKOWANYMI LITERAMI!!**

Realizator Projektu	Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.
Biuro projektu	Ul. Zamknięta 10/2.13, 30-554 Kraków, tel. 12 423 66 90
Osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy	
Data i godzina wpływu formularza	

1. PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (Imiona)			
Nazwisko			
Wiek			
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Brak PESEL
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/>	Mężczyzna
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejsce urodzenia	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (średnie, zasadnicze, zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)		
Osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> TAK (wym. orzeczenie) <input type="checkbox"/> NIE	Rodzaj i stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	

2. ADRES ZAMIESZKANIA (w rozumieniu KC)

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	

3. DANE KONTAKTOWE

Tel komórkowy		Tel. stacjonarny	
E-mail			

4. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić w przypadku gdy adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Powiat		Województwo	

PROSZĘ UDZIELIĆ ODPOWIEDZI W KAŻDYM WIERSZU (TAK LUB NIE)

5. STATUS NA RYNKU PRACY

<p>OSOBA BEZROBOTNA - <u>ZWOLNIONA</u> Z PRACY Z PRZYCZYN DOTYCZĄCYCH ZAKŁADU PRACY</p> <p>(osoba pozostająca bez zatrudnienia nie dłużej niż 6 m-cy przed dniem przystąpienia do projektu) - wymagane <u>świadcstwo pracy</u> (jeśli na świadectwie brak przyczyny wypowiedzenia dodatkowo zał. 5) lub <u>zaświadczenie zlecniodawcy – zał. 10</u> (dot. um. zlecenie), w tym:</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> zarejestrowana w Urzędzie Pracy - wymagane urzędowe <u>zaświadczenie z urzędu pracy</u> 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> NIE zarejestrowana w Urzędzie Pracy – <u>oświadczenie - zał. 2</u> 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRZEWIDZIANA DO ZWOLNIENIA Z PRACY (pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia 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
OSOBA ZAGROŻONA ZWOLNIENIEM: (pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 m-cy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników) ¹ - wymagane <u>oświadczenie pracodawcy – zał. 4</u>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA ODCHODZĄCA Z ROLNICTWA LUB CZŁONEK JEJ RODZINY UBEZPIECZENI W KRUS POSIADAJĄCY GOSPODARSTWO ROLNE O POWIERZCHNI: (wymagane: - <u>zaświadczenie z KRUS</u> o podleganiu ubezpieczeniu.) - zaświadczenie o zamiarze podjęcia zatrudnienia poza rolnictwem)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ROLNICY/DOMOWNICY Z GOSP., W KTÓRYM ŻADNA Z OSÓB NIE PRACUJE POZA ROLNICTWEM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. DANE OBECNEGO PRACODAWCY		
Nazwa pracodawcy		
Ulica		Nr domu/nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość
Powiat		Województwo
Telefon		

¹ 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.

7. UZYSKANE WSPARCIE OD PRACODAWCY

Oświadczam, że **uzyskałam/em / uzyskam** wsparcie od pracodawcy

☐ TAK

☐ NIE

8. POZOSTAŁE INFORMACJE

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
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ((innej niż wymienione powyżej os. z wykształceniem na poziomie ISCED 0, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

9. OBSZARY WSPARCIA, KTÓRYMI JESTEM ZAINTERESOWANY/A

Wsparcie finansowe na założenie własnej działalności ²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wsparcie szkoleniowe – doradcze zmierzające do podjęcia zatrudnienia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

10. DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOTACJĘ NA ZAŁOŻENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Oświadczam, że jestem:

Oświadczam, że w okresie ostatnich 12 miesięcy prowadziłem/ prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku Dz. Nr 173 poz.1807z późn. zmianami.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

² 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).

DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOTACJĘ NA TWORZENIE MIEJSC PRACY W PRZEDSIĘBIORSTWACH SPOŁECZNYCH

Oświadczam, że jestem:

Bezrobotnym, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. promocji zatrudnienia i instrumentach rynku pracy lub osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kobietą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą powyżej 50 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą poniżej 30 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
- osobą o niskich kwalifikacjach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane i informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w przedłożonych załącznikach są zgodne z prawdą. Zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (art.233 §1 KK).
- Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

3. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Siła kompetencji” oraz akceptuję jego warunki.
4. Oświadczam, iż spełniam i akceptuję wszystkie kryteria formalne dla uczestników projektu określone w Regulaminie projektu „Siła kompetencji”.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania;
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Siła kompetencji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
7. Deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie „Siła kompetencji”
8. Zobowiązuję się do przekazania danych niezbędnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy **do 4 tygodni** od zakończenia udziału w projekcie;
9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie: dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące;
10. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich etapach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformować o tym fakcie Organizatora Projektu;
11. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego dla osoby ubiegającej się o udział w projekcie „Siła kompetencji” nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
12. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
13. Przyjmuję do wiadomości, że wsparcie na samozatrudnienie w ramach projektu (pomoc szkoleniowo - doradcza oraz dotacja) nie jest udzielane osobom, które posiadały wpis do CEIDG, były zarejestrowane jako przedsiębiorcy w KRS lub prowadziły działalność gospodarczą na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.

Miejscowość i Data

Czytelny podpis Kandydata

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 dostarczenia wypełnionego dodatkowego zaświadczenia pracodawcy o przyczynie rozwiązania stosunku pracy (w przypadku zwolnionych) – zał. 5
6. **Oświadczenie rolnika/członka rodziny rolnika** – zał. 7
7. **Oświadczenie dla osób zainteresowanych działalnością gospodarczą** – zał. 9
8. Oświadczenie „Zgoda na przetwarzanie danych osobowych”- zał. 8
9. **Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** (Jeśli dotyczy)
10. **Aktualne zaświadczenie z KRUS** o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników (Jeśli dotyczy)
11. **Zaświadczenie** dot. umów zleceń – zał. 6

Kopie składanych dokumentów będą podlegać weryfikacji na podstawie okazania oryginału.

OŚWIADCZENIE O UDZIALE W INNYCH PROJEKTACH

Nr projektu	RPMP.08.04.02-12-0221/18
Tytuł projektu:	Siła kompetencji
Imię (Imiona)	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	

Oświadczam, iż **nie jestem uczestnikiem** innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju i zmierzają do osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.

Miejscowość i Data

Czytelny podpis Kandydata