



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
„SIŁA KOMPETENCJI”
NR RPMP.08.04.02-12-0296/20

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="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 - ZWOLNIONA Z PRACY Z PRZYCZYŃ DOTYCZĄCYCH ZAKŁADU PRACY (osoba pozostająca bez zatrudnienia nie dłużej niż 6 m-cy przed dniem przystąpienia do projektu) - wymagane <u>świadczenie pracy</u> (jeśli na <u>świadczeniu brak przyczyny wypowiedzenia dodatkowo zał. 4</u>) lub <u>zaświadczenie zleceniodawcy – zał. 5</u> (dot. um. zlecenie), w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> zarejestrowana w Urzędzie Pracy - wymagane urzędowe <u>zaświadczenie z urzędu pracy</u> NIE zarejestrowana w Urzędzie Pracy – wymagane urzędowe <u>zaświadczenie z ZUS</u> 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>OSOBA PRZEWDZIANA 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</u> (jeśli na wypowiedzeniu brak informacji o przyczynie wypowiedzenia) dodatkowo <u>zaświadczenie pracodawcy – zał. 2</u></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>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 nie dotyczących pracowników)¹ - wymagane <u>oświadczenie pracodawcy – zał. 3</u></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>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.) - <u>zaświadczenie o zamiarze podjęcia zatrudnienia poza rolnictwem</u></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>ROLNICY/DOMOWNICY Z GOSP., W KTÓRYM ŻADNA Z OSÓB NIE PRACUJE POZA ROLNICTWEM</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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.



6. DANE OBECNEGO PRACODAWCY

Nazwa pracodawcy			
Ulica		Nr domu/nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Powiat		Województwo	
Telefon			

7. UZYSKANE WSPARCIE OD PRACODAWCY

Oświadczam, że uzyskałam/em / uzyskam wsparcie od pracodawcy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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 UBIELAJĄCYCH 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 póź. zmianami.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

DLA OSÓB UBIELAJĄCYCH 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

² Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Rozwoju Regionalnego z dnia 24.01.2011 r. o przyznaniu 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).



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:

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane i informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w przedłożonych załącznikach są zgodne z prawdą. Zostałem pouczonej o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą (art.233 §1 KK).
2. 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/dzieło 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. **Urzędowe zaświadczenie** z ZUS w przypadku osób niezarejestrowanych jako bezrobotne
3. **Wypowiedzenia stosunku pracy u aktualnego pracodawcy lub zaświadczenia pracodawcy** (w przypadku osób przewidzianych dla zwolnienia) - zał. 2
4. **Zaświadczenia pracodawcy** (w przypadku osób – zagrożonych zwolnieniem) – zał. 3
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. 4
6. **Oświadczenie rolnika/członka rodziny rolnika** – zał. 6
7. **Oświadczenie dla osób zainteresowanych działalnością gospodarczą** – zał. 7
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. 5

Kopie składanych dokumentów będą podlegać weryfikacji na podstawie okazania oryginału.

**OŚWIADCZENIE O UDZIALE W INNYCH PROJEKTACH**

Nr projektu	RPMP.08.04.02-12-0296/20
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