*Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu Twoje nowe perspektywy*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz: | | |
| Nr formularza: | ................/7.9-0056/24 | |
| Data i godzina przyjęcia formularza: |  |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz: |  | |
| Liczba przyznanych punktów: |  | |

**Uwaga!**

Niniejszy Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony DRUKOWANYMI literami lub elektronicznie, w języku polskim, we wszystkich wymaganych polach.

**CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE KANDYDATA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko i imiona | |  | | | | | | |
| 2. Płeć | | ☐ kobieta  ☐ mężczyzna | | | | | 3. Wiek /w latach/ |  |
| 4. Obywatelstwo | |  | | | | | | |
| 5. PESEL | |  | | | | | | |
| 6. Wykształcenie | | ☐ brak - ISCED 0  ☐ podstawowe - ISCED 1  ☐ gimnazjalne - ISCED 2  ☐ ponadgimnazjalne (zawodowe/średnie) - ISCED 3  ☐ pomaturalne - ISCED 4  ☐ wyższe - ISCED 5-8 | | | | | | |
| 7. Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | ☐ nie ☐ tak | | | |
| 8. Adres zamieszkania | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/nr lokalu | | | |  | | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | | |
| Gmina | | | |  | | | | |
| Powiat | | | |  | | | | |
| 9. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania) | | | |  | | | | |
| 10. Kontakt | Nr telefonu domowego (lub BRAK) | | | | |  | | |
| Nr telefonu komórkowego | | | | |  | | |
| 11. Adres e-mail | | |  | | | | | |

**CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

Tytuł projektu: **Twoje nowe perspektywy**

Numer Projektu: **FEDS.07.09-IP.02-0056/24**

|  |  |
| --- | --- |
| 12. Status osoby | Czy jest Pani/Pan osobą zatrudnioną?  ⬜ tak ⬜ nie  *Jeśli tak, proszę wskazać właściwe pole.*  ⬜ osoba zatrudniona na podstawie umowy krótkoterminowej1  ⬜ osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej1  ⬜ ubogi pracujący2  ⬜ osoba odchodząca z rolnictwa3  **Osoba odchodząca z rolnictwa** – osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno – rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90), zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objęta obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1198 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.).  **Osoba pracująca** – osoba:   1. w wieku od 15 do 89 lat, która: wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne; 2. posiadająca zatrudnienia lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy lub kształcenia się lub szkolenia) lub 3. produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter.   **Osoba uboga pracująca** – osoba pracująca:   1. zamieszkująca 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, albo 2. której dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu.   **Umowa krótkoterminowa** – umowa będąca podstawą nawiązania stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy. |
| Przynależność do grupy docelowej zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie **(osoby zatrudnione zamieszkujące obszar województwa dolnośląskiego)?**  ⬜ tak ⬜ nie |
| 13. Informacja o pracodawcy: | Nazwa pracodawcy/zleceniodawcy:  Adres pracodawcy/zleceniodawcy:  Wykonywany zawód/zlecenie: |
| 14. Informacje dodatkowe | Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)  ⬜ tak ⬜ nie ⬜ odmowa podania informacji |
| Osoba obcego pochodzenia  ⬜ tak ⬜ nie ⬜ odmowa podania informacji |
| Osoba obcego pochodzenia  ⬜ tak ⬜ nie ⬜ odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  ⬜ tak ⬜ nie ⬜ odmowa podania informacji |

**………………………………………… ……………………………………………………**

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata

**Do formularza należy dołączyć załączniki zgodnie z Regulaminem projektu §4 pkt. 6, t.j.:**

1. zaświadczenie od pracodawcy\* i/lub kopię umowy krótkoterminowej i/lub umowy cywilnoprawnej,

2. zaświadczenie od pracodawcy\* i/lub kopię umowy o pracę. Dodatkowo zaświadczenie o dochodach,

3. zaświadczenie z KRUS\*

\* wystawione nie wcześniej niż 14 dni przed dniem zgłoszenia do projektu

**CZ. III. SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

Zapewniamy dostępność do projektu dla wszystkich osób spełniających kryteria udziału w projekcie, niezależnie od stopnia i/lub rodzaju niepełnosprawności. Prosimy wskazać poniżej, czy jest coś, co możemy zrobić, aby ułatwić Panu/Pani pełny i aktywny udział w projekcie (np. zapewnienie tłumacza polskiego języka migowego (PJM); zapewnienie wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnością, przygotowanie materiałów wydrukowanych większą czcionką niż standardowa, zapewnienie warunków dla psa asystującego i inne)?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Szczególne potrzeby można zgłaszać również telefonicznie oraz mailowo, a także na bieżąco w trakcie trwania udziału w projekcie na każdym jego etapie.

**CZĘŚĆ IV – OŚWIADCZENIA**

Tytuł projektu: **Twoje nowe perspektywy**

Numer Projektu: **FEDS.07.09-IP.02-0056/24**

Ja, niżej podpisany/a,

.....................................................................................................................................,

(**imię i nazwisko** składającego oświadczenie, **PESEL**)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

1. Nie biorę udziału w innym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej obejmującym analogiczne wsparcie,
2. Dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,
3. Zostałem/am poinformowany, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa,
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjno – doradczym mającym określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie,
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027[[1]](#footnote-1) (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) ora Klauzulą Informacyjną Beneficjenta i wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków sprawozdawczych wobec Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Wałbrzychu. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury. Akceptuję wszelkie zapisy zawarte w klauzulach i jestem świadomy, że podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia udziału w projekcie.
6. Zostałem/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Fundację Incept, HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk, Provider Paweł Ceńkar oraz Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy w Wałbrzychu,
7. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu,
8. Zobowiązuję się do poinformowania Fundacji Incept, HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk oraz Provider Paweł Ceńkar o zmianie adresu zamieszkania lub utracie statusu osoby zatrudnionej,
9. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki,
10. Spełniam kryteria kwalifikacyjne zawarte w Regulaminie projektu *Twoje nowe perspektywy* nr *FEDS.07.09-IP.02-0056/24*, współfinansowanego ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska 2021-2027,
11. Zamieszkuję (zgodnie z KC) na terenie województwa dolnośląskiego,
12. Dane osobowe zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z danymi zawartymi w dokumencie tożsamości.

**………………………………………… ……………………………………………………**

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata

1. *Klauzule są dostępne na stronie projektu oraz w formie papierowej w biurze projektu. Przed podpisaniem niniejszego oświadczenia na prośbę uczestnika klauzule zostaną mu odczytane przez członka personelu projektu i/lub zostaną mu wydane ich wydruki. Klauzule mają charakter informacyjny i nie wymagają podpisania.* [↑](#footnote-ref-1)