



Wstępny formularz rekrutacyjny

w ramach

***Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego
na lata 2014 - 2020***

Oś Priorytetowa 6

RYNEK PRACY

Działanie 6.5

Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych

Projekt „Zmień swoją przyszłość” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez *Betterfield s.c. Magdalena Helman-Barylska, Sylwia Szczepańska*, na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0184/16-00 zawartej z Zarządem Województwa Wielkopolskiego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020.

Data wpływu Formularza do biura projektu podpis

Numer ewidencyjny (wypełnia Beneficjent)

I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu

| | |
|--|--|
| Imię/Imiona: | |
| Nazwisko: | |
| Data i miejsce urodzenia: | |
| PESEL: | |
| Adres zamieszkania¹: | |
| - Ulica: | |
| - Nr domu: | |

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.

| | |
|---------------------|--|
| - Nr lokalu: | |
| - Kod pocztowy: | |
| - Gmina: | |
| - Powiat: | |
| - Województwo: | |
| Telefon kontaktowy: | |
| Adres e-mail: | |

II. Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu

Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Jestem osobą zwolnioną ² z pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 2. | Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z pracy ³ z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 3. | Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy ⁴ z przyczyn nie dotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 4. | Ponadto należę do jednej/kilku z poniższych grup: | |
| | <input type="checkbox"/> osoby w wieku 50 lat i więcej, | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | <input type="checkbox"/> osoby o niskich kwalifikacjach ⁵ , | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

² Dotyczy osób pozostających bez zatrudnienia, które utraciły pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu.

³ Dotyczy osób, które znajdują się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub osób, które zostały poinformowane przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego.

⁴ Dotyczy osób zatrudnionych u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2016 r. poz. 1474) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), 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.

⁵ **Osoby o niskich kwalifikacjach** - osoby posiadające wykształcenie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO).

⁶ **Osoby z niepełnosprawnościami** - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.).

| | | |
|--|---|--|
| | o osoby o z niepełnosprawnościami ⁶ | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | o kobiety | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | o osoby poniżej 30 roku życia | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | o osoby z obszaru: miast i innych obszarów tracących dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze (zgodnie z regionalnymi Obszarami Strategicznej Interwencji – OSI) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | Wykształcenie: proszę zaznaczyć znakiem “x” | |
| | o ISCED 0 (Przedszkole/brak) | |
| | o ISCED 1 (Szkoła podstawowa) | |
| | o ISCED 2 (Gimnazjum) | |
| | o ISCED 3 (Liceum, Technikum, Zasadnicza szkoła zawodowa – ponadgimnazjalne) | |
| | o ISCED 4 (Szkoły policealne) | |
| | o ISCED 5-8 (wyższe) | |

III. Status w chwili przystąpienia do projektu.

| | |
|--|--|
| Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Niepełnosprawność | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej np. (np. osoba nieposiadająca wykształcenia podstawowego, zamieszkująca obszar wiejski, byli więźniowie, osoba uzależniona itp.) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych |

IV. Oświadczenia.

- Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 992) przez Beneficjenta do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej WRPO 2014+ wynikających z umowy nr RPWP.06.05.00-30-0121/16-00.

Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przeszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączę i nie łączyłem z Beneficjentem i/lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa i/lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umowy cywilnoprawne) z wykonawcą w ramach projektu oraz w stosunku pracy z Samorządem Województwa Wielkopolskiego;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że nie zostałem/-am ukarany/-a karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (dalej „ufp”) (Dz. U. z 2016 r., poz. 1870.). Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o zakazach dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ufp orzeczonych w stosunku do mnie w okresie realizacji projektu;

.....
data i czytelny podpis



- Oświadczam, że nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PROW 2014-2020 i WRPO 2014+, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Otrzymane dofinansowanie nie stanowi wkładu własnego w innych projektach;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji Uczestników* i akceptuję jego warunki;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w *Regulaminie rekrutacji Uczestników* i *Formularzu rekrutacyjnym* jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data i czytelny podpis

V. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

Kandydat spełnia/nie spełnia⁷ wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie (*wypełnia Beneficjent*)

.....

Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny

.....

⁷ Niepotrzebne skreślić