Załącznik nr 1

PROJEKT: „NASZ PROJEKT – TWOJĄ SZANSĄ NA ZATRUDNIENIE"

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X", bądź uzupełnienie treści)

I. DANE PODSTAWOWE

1. *Nazwisko* **2.** *Imię* **3.** ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

4. *Miejsce urodzenia* **5a.** *Płeć (M, K)* **5b.** *Wiek (pełne lata)* **5c.** *PESEL*

II. ADRES ZAMIESZKANIA

6. *Miejscowość* *Ulica* *Nr budynku* *Nr lokalu*

7. ☐☐ - ☐☐☐ *Kod pocztowy* *Województwo* *Powiat*

8. *Gmina*

9. Miejsce zamieszkania *(proszę wstawić **X** w odpowiedniej pozycji)* **Wieś* ☐ ***Miasto* ☐

**Obszar wiejski – teren położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej*

*** Obszar miejski – miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko-wiejskiej*

III. DANE KONTAKTOWE (obowiązkowo)

10. *Nr telefonu* *Email*

IV. DANE DODATKOWE

11. Wykształcenie (Proszę wstawić znak **X** przy wybranej pozycji)

☐podstawowe ☐gimnazjalne ☐ponadgimnazjalne ☐policealne ☐wyższe

12. Doświadczenie zawodowe

Okres pozostawania bez pracy (*liczony od ostatniego zatrudnienia*) ……………………………………………………

Staż pracy ogółem *(w latach lub miesiącach*) ……………………………………………………………………

Zawód wyuczony ……………………………………………………………………………………………….

Dotychczasowe doświadczenie zawodowe (*np. zajmowane stanowiska, pełnione obowiązki itp.)* ……………………...

…….

…….

…….

V. INFORMACJE DODATKOWE

13. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?
☐tak ☐nie ☐ odmawiam podania informacji

14. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?
☐ tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: ☐lekkim ☐umiarkowanym ☐znacznym
☐ nie
☐ odmawiam podania informacji

15. Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?
☐ tak ☐ nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu?
☐ tak ☐ nie

16. Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?
☐ tak ☐ nie

17. Czy posiada Pan(i) pod opieką dziecko do 7 lat lub osobę zależną?
☐ tak ☐ nie

18. Czy Pana(i) dochód nie przekracza kryterium dochodowego określonego w art.8 ustawy o pomocy społecznej (tj. dla osoby w rodzie 514 zł , dla osoby samotnej 643 zł)
☐ tak ☐ nie

19. Czy jest Pan(i) osobą w innej (niż wymienione powyżej) niekorzystnej sytuacji społecznej?
☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania informacji

VI. INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ

20. Oświadczam, że jestem osobą zatrudnioną:
(proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X"):

☐ tak ☐ nie

jeśli tak
(proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X"):

□rolnik / domownik rolnika
□ samozatrudniony
□ zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie – zatrudniającym poniżej 10 osób
□ zatrudniony w małym przedsiębiorstwie – zatrudniającym od 10 do 49 osób
□ zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie – zatrudniającym od 50 do 249 osób
□ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie – zatrudniającym powyżej 250 osób
□ zatrudniony w organizacji pozarządowej
□ zatrudniony w administracji publicznej

***Zaświadczenie z miejsca pracy** należy dołączyć do Formularza Zgłoszeniowego.

21. Oświadczam, że jestem osobą (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/i dotyczy znakiem „X"):
☐ zarejestrowaną w PUP w Staszowie od (miesiąc, rok) …… jako osoba bezrobotna
z zatwierdzonym profilem pomocy: ☐ pierwszym(I) ☐ drugim(II) ☐ trzecim(III)
☐ posiadam prawo do zasiłku ☐ nie posiadam prawa do zasiłku

☐ Bezrobotną, nie zarejestrowaną w PUP, poszukującą pracy
☐ Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP nieposzukującą pracy, uczącą się
☐ Bierną zawodowo - niepracującą, nie zarejestrowaną w PUP nieposzukującą pracy, nie uczącą się

***Zaświadczenie z PUP/MUP** należy dołączyć do Formularza Zgłoszeniowego.

23. Oświadczam, iż należę do jednej z wymienionych poniżej grup:
w odpowiedni kwadrat wpisać znak „x"

1) ☐ osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. *o pomocy społecznej* lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy *o pomocy społecznej*;

2) ☐ osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego;*

3) ☐ osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ).

24. Oświadczam, że jestem gotowy/a do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu w Projekcie:
☐ tak ☐ nie
Preferowana forma zatrudnienia:
☐ umowa o pracę ☐ umowa cywilno-prawna ☐ samozatrudnienia
Stanowiska, zawody w których poszukuję pracy:
……

Miejscowość, w której chcę pracować ……

VII. PREFEROWANY RODZAJ KURSU

25. Deklaracja uczestnictwa
W przedmiotowym Projekcie ŚCIEŻKA WSPARCIA dla każdego Uczestnika Projektu przewiduje niżej wymienione formy wsparcia:

1) Poradnictwo zawodowe grupowe.
2) Poradnictwo zawodowe indywidualne.
3) Poradnictwo psychologiczne grupowe.
4) Grupa wsparcia.
5) Kurs zawodowy

W PONIŻSZEJ TABELI PRZEDSTAWIONE SĄ RODZAJE KURSÓW ORAZ MIEJSCOWOŚCI, W KTÓRYCH KURSY BĘDĄ PRZEPROWADZONE.

Przy wybranym przez siebie kursie należy zakreślić kółkiem znak „**X**"- miejsce odbywania danego kursu.

Nazwa kursu	**Miejscowość**
Szkolenia dla mężczyzn.	
Palacz kotłów centralnego ogrzewania.	Staszów
Magazynier z obsługą wózka widłowego i obsługą kasy fiskalnej.	Staszów
Obsługa suwnic.	Staszów
Obsługa żurawi przenośnych HDS.	Staszów
Spawanie blach i rur spoinami pachwinowymi metodą MAG + cięcie plazmą.	Staszów
Monter zabudowy i robót wykończeniowych w budownictwie i eksploatacja urządzeń instalacji i sieci elektroenergetycznych o napięciu do 1KV.	Staszów
Szkolenia dla kobiet.	
Pracownik administracyjno – biurowy z obsługą komputera.	Staszów
Opiekunka osób starszych, chorych i niepełnosprawnych z językiem niemieckim w środowisku pracy.	Staszów
Opiekunka osób starszych, chorych i niepełnosprawnych z obsługą urządzeń sterylizujących.	Staszów
Kucharz z elementami piekarnictwa.	Staszów
Kosmetyczka z wizażem i stylizacją paznokci oraz obsługą urządzeń sterylizujących.	Staszów
Sprzedawca z obsługą komputera i kas fiskalnych.	Staszów
Przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B.	Staszów

26. **Oświadczam, że nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w wybranym kursie, stażu oraz pracy w zawodzie:**
    ☐ tak ☐ nie

27. **Czy kurs będzie dla Pana(i) przydatny w znalezieniu pracy**?
    ☐ tak ☐ nie

28. **Jakich korzyści oczekuje Pan(i) po uczestnictwie w Projekcie** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?
    ☐ przyczyni się do podwyższenia kwalifikacji zawodowych
    ☐ umożliwi zdobycie uprawnień zawodowych
    ☐ pozwoli na szybsze znalezienie zatrudnienia
    ☐ ułatwi przygotowanie dokumentów rekrutacyjnych (życiorys, list motywacyjny)
    ☐ utwierdzi w przekonaniu o potrzebie ustawicznego szkolenia i kształcenia
    ☐ będzie etapem do dalszego kształcenia

29. Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie.

……
……
……

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;

2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPO WŚ 2014-2020);

3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu;

4) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach RPO WŚ 2014-2020;

5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjentowi realizującemu Projekt - Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Staszowie, ul.Wschodnia 13 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPSW.09.00.00

6) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

7) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;

8) zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w ***Regulaminie uczestnictwa w Projekcie*** *pn.* **,, Nasz projekt – twoją szansą na zatrudnienie"**

9) zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego);

10) wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Staszowie w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach RPSW.09.00.00

11) wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;

12) jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;

13) zostałam(em) poinformowana(y), o możliwości udziału tylko w jednym kursie w ramach Projektu;

14) uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

W okresie **do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie** pn. **,,Nasz projekt – Twoją szansą na zatrudnienie" zobowiązuję się do** informowania Ośrodka Pomocy Społecznej w Staszowie o **wszelkich** zmianach związanych z moją sytuacją zawodową na rynku pracy (np. nawiązanie stosunku pracy, rozpoczęcie kształcenia, rejestracja w Urzędzie Pracy itp.).

……..
Miejscowość i data — Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy (imię i nazwisko)

VIII. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH – przez pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Staszowie.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. I i II na podstawie dowodu osobistego Uczestniczki/Uczestnika

.....
/Seria i numer dowodu osobistego/

.....	.....	.....
Miejscowość	Data	Czytelny podpis pracownika OPS w Staszowie