**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE PROJEKTU** | | | |
| **Tytuł projektu:** | Wykwalifikowani - Aktywni | | |
| **Nr projektu:** | RPLD.08.02.01-10-0014/19 | | |
| **Numer i nazwa Osi priorytetowej:** | 08 - VIII Zatrudnienie | | |
| **Numer i nazwa Działania dla Osi:** | 02 - VIII.2 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia | | |
| **Numer i nazwa Poddziałania:** | 01 - VIII.2.1 Wsparcie aktywności zawodowej osób po 29 roku życia | | |
| **Okres realizacji projektu:** | od 2019-12-01 do 2020-11-30 | | |
| **Obszar realizacji projektu:** | Województwo łódzkie: powiat: bełchatowski, łódzki wschodni, opoczyński, piotrkowski, Piotrków Trybunalski, radomszczański, tomaszowski | | |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** | | | |
| **Imię i nazwisko:** |  | | |
| **Data urodzenia:** |  | | |
| **Płeć:** | **Kobieta: □ Mężczyzna: □** | | |
| **Numer PESEL:** |  | | |
| **Miejsce urodzenia:** |  | | |
| **Wiek** **w chwili przystąpienia do projektu:** |  | | |
| **DANE TELEADRESOWE KANDYDATA** | | | |
| **Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25¹ K.C.**  **Oświadczam, że podany poniżej adres zamieszkania jest adresem pod, którym przebywam:** | | | |
| **Województwo:** |  | | |
| **Powiat:** |  | | |
| **Gmina:** |  | | |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Ulica:** |  | **nr domu**  **/ nr lokalu:** |  |
| **Obszar:** | **Miejski** (degurba 1 i 2)**: □ Wiejski** (degurba 3)**: □** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adres do korespondencji (jeżeli inny, niż powyżej):** | | | | | | | | |
| **Województwo:** |  | | | | | | | |
| **Powiat:** |  | | | | | | | |
| **Gmina:** |  | | | | | | | |
| **Miejscowość:** |  | | **Kod pocztowy:** | | |  | | |
| **Ulica** |  | | **nr domu**  **/ nr lokalu:** | | |  | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | |
| **Numer telefonu:** |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail:** |  | | | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE Oświadczam, że mam wykształcenie:** | | | | | | | | |
| **□** Niższe niż podstawowe (ISCED 0) | | **□** Gimnazjalne (ISCED 2) | | | **□** Policealne (ISCED 4) | | | |
| **□** Podstawowe (ISCED 1) | | **□** Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | **□** Wyższe (ISCED 5-8) | | | |
| **SPEŁNIENIE WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH GRUPY DOCELOWEJ PROJEKTU**  **Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):** | | | | | | | | |
| **□** Bezrobotny/a w tym: | **□** zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy, **(jeśli tak należy dostarczyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy)** | | | | | | | |
| **□** długotrwale bezrobotny – pozostający/a bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy | | | | | | | |
| ***Wyjaśnienie:***  **Osoba bezrobotna** – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną. | | | | | | | | |
| **□** Bierny/a zawodowo w tym: | **□** nieuczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu | | | | | | | |
| **□** uczestniczący/a w kształceniu lub  w szkoleniu do dnia……………….. | | | **□** w trybie dziennym | | | | |
| **□** w trybie zaocznym | | | | |
| ***Wyjaśnienie:***  **Osoba bierna zawodowo** - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna. | | | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami  **(jeśli tak należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności)** | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| ***Wyjaśnienie:***  **Osoby z niepełnosprawnościami** –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. | | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| ***Wyjaśnienie:***  **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** to osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności. | | | | | | | |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa  **(jeśli tak należy dostarczyć zaświadczenie)** | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  **(jeśli tak należy dostarczyć zaświadczenie z właściwego Ośrodka Opieki Społecznej)** | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| ***Wyjaśnienie:***  **Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań**. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:  1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)  2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).  Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach. | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | | | | | | |
| Oświadczam, że podane przeze mnie dane w Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego. | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie zdrowia zawartych w Formularzu rekrutacyjnym zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Przyjmuję do wiadomości, że:   * administratorem tak zebranych danych jest Agencja Usług Oświatowych Ośrodek Szkolenia Kierowców „OLIMP” S.C. z siedzibą przy al. Armii Krajowej 22A w Piotrkowie Trybunalskim; * moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji do Projektu „Wykwalifikowani-Aktywni” nr RPLD.08.02.01-10-0014/19, podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do Projektu; * moje dane osobowe nie są i nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych; * mam prawo dostępu do treści danych i ich poprawiania. | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| Składając formularz rekrutacyjny deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie „Wykwalifikowani - Aktywni” nr RPLD.08.02.01-10-0014/19. | | | | | | | **□** Tak  **□** Nie |
| **Załączniki:** | | | | | | | |
| **□** Zaświadczenie z PUP/ Oświadczenie (jeżeli dotyczy)  **□** Orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) | | | | | | | |

*……………………………………………. …………………………………………………………………………..*

*(Miejscowość i data) (Czytelny podpis kandydata)*