

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Droga do niezależności i aktywności poprzez CIS Woźniki”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. W sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470)

| DANE OSOBOWE UCZESTNIKA | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|------------------------------------|------------------------|
| Imię | | Nazwisko | | | |
| Data urodzenia | | PESEL | | | |
| Płeć | | <input type="checkbox"/> Kobieta | | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | |
| DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA <i>(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)</i> | | | | | |
| Miejscowość | | Ulica | | | |
| Nr domu | | Nr lokalu | | | |
| Kod pocztowy | | Województwo | | | |
| Powiat | | Gmina | | | |
| Numer telefonu | | Adres (e-mail) | | | |
| POZIOM WYKSZTAŁCENIA <i>(*Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia)</i> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Brak formalnego wykształcenia | <input type="checkbox"/> | Podstawowe (ISCED 1)* | <input type="checkbox"/> | gimnazjalne (ISCED 2)* |
| <input type="checkbox"/> | Ponadgimnazjalne (ISCED 3)* <i>(ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)</i> | <input type="checkbox"/> | Policealne (ISCED 4)* <i>(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i> | <input type="checkbox"/> | Wyższe (ISCED 5-6)* |

| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | |
|--|--|
| bezrobotny/a <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy (w tym <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna) <input type="checkbox"/> niezarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy (w tym <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna) <input type="checkbox"/> inne |
| bierny/a zawodowo <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> nieuczestniczący/a w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> uczący/a się - planowana data zakończenia edukacji <input type="checkbox"/> inne |
| pracujący/a <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | wykonywany zawód/stanowisko) <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w małych lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Czy jesteś osobą, która bezpośrednio lub jako członek/członkini rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej lub osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanej określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej |
| Jeżeli tak, wskaż przesłankę/przesłanki: | <input type="checkbox"/> ubóstwo <input type="checkbox"/> sieroctwo <input type="checkbox"/> bezdomność <input type="checkbox"/> bezrobocie <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> długotrwałą lub ciężką chorobą <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi <input type="checkbox"/> potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności <input type="checkbox"/> bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 o cudzoziemcach <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego <input type="checkbox"/> uzależnienie od alkoholu <input type="checkbox"/> uzależnienie od narkotyków <input type="checkbox"/> zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa <input type="checkbox"/> klęska żywiołowa lub ekologiczna |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Czy jesteś osobą korzystającą bezpośrednio lub członkiem rodziny korzystającej z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p><i>Osoby z niepełnosprawnościami zobowiązane są dostarczyć kserokopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów ust. z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub orzeczeń albo innych dokumentów, o których mowa w ustawie z 19.08.1994r. o ochroni zdrowia psychicznego</i></p> |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi | <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi | <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</p> |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <p>Czy brał Pan/Pani lub obecnie bierze udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską?</p> <p>Jeżeli tak – podać szczegółowe informacje takie jak nazwa projektu, numer, formy wsparcia</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

OŚWIADCZENIA I ZGODA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że:

- wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą, zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą
- Zapoznałem/em się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie: „Droga do niezależności i aktywności poprzez CIS Woźniki” i deklaruję chęć uczestnictwa
- Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu. W procesie rekrutacyjnym niezbędne będzie złożenie kompletu dokumentów rekrutacyjnych w zakresie wskazanym przez Realizatora projektu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na podstawie art. 29 w związku z art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L 119 z 04.05.2016, str. 1) (RODO), dla celów związanych z rekrutacją, potwierdzaniem kwalifikowalności, udzielaniem wsparcia, kontrolą, audytem, monitoringiem i sprawozdawczością do projektu „Droga do niezależności i aktywności poprzez CIS Woźniki” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

| | |
|---------------------------------|--|
| | |
| <p><i>miejsowość i data</i></p> | <p><i>czytelny podpis uczestnika/uczestniczki Projektu</i></p> |

