|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **DO PROJEKTU „SZANSA NA NOWY START” realizowanego w ramach Działania 10.08 Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027**  **Część A- Dane i status kandydata do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr identyfikacyjny: | | | | | | | | | | | | | | | Data wpływu: | | | | | | |
| Szanowni Państwo,  Dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie  z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją wypełniania.  Dziękujemy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrukcja wypełniania Formularza:   1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.   2. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**).  3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.  4. Brak wymaganych własnoręcznych podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany  o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza  i odstąpieniem od jego oceny.  **Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji w projekcie  „SZANSA NA NOWY START”** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DANE OSOBOWE KANDYDATA**  Wszystkie pola musza być wypełnione[[1]](#footnote-1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię/ Imiona** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | | | **Wiek w chwili**  **przystąpienia**  **do projektu** | | |  | |
| **Płeć** | ⬜ kobieta ⬜ mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania[[2]](#footnote-2)/Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | | **Nr domu** | | | | |  | | | **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | | **Poczta** | | | |  | | | | | | | | |
| **Powiat** |  | | | | | | | | **Województwo** | | | | | | | | |  | | | |
| **Telefon**  **kontaktowy** |  | | | | | | | | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | | | | | | | | |  | | | |
| **Wykształcenie - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⬜ **Brak** (brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | | | | | ⬜ **Ponadgimnazjalne/Ponadpodstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły Liceum  ogólnokształcące, Liceum profilowane,  Technikum, Uzupełniające liceum  ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) | | | | | | | | |
| ⬜ **Podstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) | | | | | | | | | | | | | ⬜ **Policealne** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) | | | | | | | | |
| ⬜ **Gimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) | | | | | | | | | | | | | ⬜ **Wyższe** (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł  licencjata lub inżyniera lub magistra lub  doktora) | | | | | | | | |
| **II. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**  Należy zaznaczyć właściwe pola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że jestem: ⬜ osobą zatrudnioną na umowę cywilnoprawną (zlecenie/dzieło) (na potwierdzenie statusu należy dostarczyć kopię umowy cywilnoprawnej i/lub zaświadczenie od Zleceniodawcy)  ⬜ osobą zatrudnioną na umowę o pracę krótkoterminową (na potwierdzenie statusu należy dostarczyć kopię umowy o pracę i/lub zaświadczenie od Pracodawcy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi w wieku do 7 lat lub osobą zależną** | | | | | | ⬜ Tak  ⬜ Nie  ⬜ Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ponadto oświadczam, że jestem:  Osobą niepełnosprawną:  ⬜ TAK, w stopniu……………………………………………………………. (na potwierdzenie statusu należy przedłożyć kserokopię ważnego orzeczenia lub zaświadczenia lekarskiego)  ⬜ NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRANICZEŃ I PREFERENCJI W PRZYPADKU OSÓB  Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI** Wypełniają wyłącznie osoby z niepełnosprawnościami. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy Posiada Pan/i bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?**  ⬜ Tak, jakie?....................................................................................................................................  ⬜ Nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy ma Pan/i preferencje co do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jakie powinny być spełnione w projekcie?**  ⬜ Tak, jakie?....................................................................................................................................  ⬜ Nie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. POZOSTAŁE DANE**  Należy zaznaczyć właściwe pola | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie.** | | | | | | | | | | | | | ⬜ Tak  ⬜ Nie  ⬜ Odmowa podania informacji | | | | | | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | | | | | | | | | | | | | ⬜ Tak  ⬜ Nie  ⬜ Odmowa podania informacji | | | | | | | | |
| **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.** | | | | | | | | | | | | | ⬜ Tak  ⬜ Nie  ⬜ Odmowa podania informacji | | | | | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej (np. byli więźniowie, narkomani, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego, osoby zamieszkujące obszary wiejskie).** | | | | | | | | | | | | | ⬜ Tak  ⬜ Nie  ⬜ Odmowa podania informacji | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| ⬜ Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w Projekcie zgodnie  z Regulaminem Projektu.  ⬜ Oświadczam, iż nie posiadam dochodów z tytułu innej działalności zarobkowej w wymiarze równym/większym niż połowa wymiaru czasu pracy bądź nie jestem osobą samozatrudnioną |

|  |
| --- |
| **SŁOWNIK POJĘĆ** |
| **1. Umowa krótkoterminowa -** umowa zawarta na czas określony, która upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy. |
| **2. Osoba z niepełnosprawnościami -** osoba niepełnosprawna 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 osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. |
| **3. Osoba o niskich kwalifikacjach** - osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie,  tj. na poziomie: podstawowym (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  lub gimnazjalnym (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) lub ponadgimnazjalnym (kształcenie ukończone na poziomie liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniające, zasadniczej szkoły zawodowej). |

…………………………………………………………………

(Data i czytelny podpis kandydata/ki)

**CZEŚĆ B – Oświadczenia**

Wyrażam gotowość do udziału w projekcie pn**. „Szansa na nowy start”** realizowanego przez Fundację Challenge Europe, Al. IX Wieków Kielc 6/17, 25-516no Kielce w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet FESW.10 Aktywni na rynku pracy, 10.08 Zwiększanie możliwości zawodowych osób zatrudnionych.

**Oświadczam, że:**

* Zapoznałem/am się z pełną dokumentacją projektu, w szczególności z Regulaminem rekrutacji   
  i uczestnictwa w ramach projektu ”Szansa na nowy start”, akceptuję zawarte w nim warunki   
  i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowienia.
* Jestem świadomy/a, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w projekcie **„Szansa na nowy start”, FESW.10.08-IP.01-0012/24**, nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
* Spełniam wszystkie kryteria kwalifikacyjne określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa   
  w projekcie pt. ”Szansa na nowy start”.
* Zostałem/am poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
* W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Szansa na nowy start**”, oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie na rzecz zwiększenia możliwości zawodowych osób zatrudnionych współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w w/w projekcie nie będę uczestniczyć w innym projekcie na rzecz zwiększenia możliwości zawodowych osób zatrudnionych współfinansowanym ze środków EFS, w szczególności w projektach realizowanych w ramach działania 10.08 Zwiększanie możliwości zawodowych osób zatrudnionych Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
* Oświadczam, że w okresie ostatnich 4 tygodni przed datą złożenia niniejszego oświadczenia nie uczestniczyłem/am w szkoleniach/kursach finansowanych ze środków publicznych (np. Funduszu Pracy, EFS+, Budżetu Państwa).
* W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane i dokumenty (jeśli dotyczy) dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
* W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.
* Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż podane przeze mnie dane w Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, jestem także świadomy odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.
* Jestem świadomy/ma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkujących po stronie Realizatora projektu obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie Fundacja Challenge Europe będzie miała prawo dochodzenia ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| (miejscowość, data) | (czytelny podpis uczestnika projektu) |

1. Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość,   
   w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)