
# 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 *„Zmiana szansą na sukces”* współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez *Betterfield s.c. Magdalena Helman-Barylska, Sylwia Szczepańska*, na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0121/16-00 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)***

1. **Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię/Imiona:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |
| **Seria i nr dowodu osobistego:** |  |
| **Organ wydający dowód osobisty:** |  |
| **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:** | * kolski
 | * m.Konin
 | * koniński
 | * turecki
 |
| **- Województwo:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

# Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu

**Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Jestem osobą zwolnioną2 z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | **tak nie** |
| **2.** | Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia z pracy3 z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | **tak nie** |
| **3.** | Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy4 z przyczynniedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych | **tak nie** |
| **4.** | Ponadto należę do jednej/kilku z poniższych grup: |
|  | o osoby w wieku 50 lat i więcej, | **tak nie** |
| o osoby o niskich kwalifikacjach5, | **tak nie** |

2 Dotyczy osób pozostających bez zatrudnienia, które utraciły pracę z przyczyn niedotyczących 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 niedotyczących 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 niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z d dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących 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 niepełnosprawnościami6 | **tak nie** |
|  | o kobiety | **tak nie** |
|  | o osoby poniżej 30 roku życia | **tak nie** |
|  | o osoby z obszaru: miast i innych obszarów tracących dotychczasowe funkcje społeczno-gospodarcze (zgodnie z regionalnymi Obszarami Strategicznej Interwencji – OSI) | **tak nie** |

# Status w chwili przystąpienia do projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Niepełnosprawność |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  [ ]  TAK [ ]  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.) |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |

# 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 przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

 Oświadczam, że świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe składanie zeznań wynikające z art. 233 (podanie prawdy lub zatajenie prawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r., poz.1137 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne
z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane o oskarżenia publiczne i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

 Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączy mnie i nie łączył 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 równolegle 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

**IV. 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