**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Edukacja osób dorosłych w podregionie ostrołęckim”
nr projektu: FEMA.07.04-IP.02-02IU/24**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/-CZKI** |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| Płeć: | [ ] kobieta | [ ] mężczyzna |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  | Wiek: |  |
| Obywatelstwo:*(zaznacz jedną odpowiedź)* | [ ] obywatelstwo polskie[ ] brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE[ ] brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec |
| Wykształcenie:*(zaznacz jedną odpowiedź)* | [ ]  brak formalnego wykształcenia [[1]](#footnote-1)(ISCED 0)☐ podstawowe[[2]](#footnote-2) (ISCED 1)☐ gimnazjalne[[3]](#footnote-3) (ISCED 2)☐ ponadgimnazjalne [[4]](#footnote-4)(ISCED 3)☐ policealne[[5]](#footnote-5) (ISCED 4) [ ] wyższe[[6]](#footnote-6) (ISCED 5-8)  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| Osoba pracująca*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba prowadząca działalność na własny rachunek[ ] osoba pracująca w administracji rządowej[ ] osoba pracująca w administracji samorządowej *(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)*[ ] osoba pracująca w organizacji pozarządowej[ ] osoba pracująca w MMŚP[ ] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ] osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra pedagogiczna)*[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra niepedagogiczna)*[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra zarządzająca)*[ ] osoba pracująca na uczelni[ ] osoba pracująca w instytucie naukowym[ ] osoba pracująca w instytucie badawczym[ ] osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[ ] osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym[ ] osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ] osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej[ ] inne |
| Osoba bierna zawodowo:*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ] osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ] inne |
| Osoba bezrobotna:*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba długotrwale bezrobotna [ ] inne |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/-CZKI** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica (*numer domu/numer mieszkania):* |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Kraj: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **DANE DODATKOWE - status Uczestnika/-czki** |
| Osoba obcego pochodzenia[[7]](#footnote-7) | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba państwa trzeciego[[8]](#footnote-8) | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)[[9]](#footnote-9) | [ ] TAK[ ] NIE[ ] Odmawiam podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami[[10]](#footnote-10) | [ ] TAK[ ] NIE[ ] Odmawiam podania informacjiCzy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia, związane z uczestnictwem w projekcie? (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, alternatywne formy materiałów szkoleniowych, zapewnienie tłumacza migowego, zapewnienie asystenta, posiłek, transport, inne)?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Czy wnioskuje Pan/Pani o wsparcie dodatkowe (spotkanie z doradcą, doradztwo w zakresie usług rozwojowych i Bilans kompetencji)** | [ ] TAK [ ] NIE |
| **Jeżeli powyżej udzielił Pan/Pani odpowiedzi NIE, proszę wskazać wybierany rodzaj usługi rozwojowej** | Rodzaj usługi rozwojowej (np. szkolenie, studia podyplomowe) ……………………………………………………………Temat (tytuł) ………………………………………………………………Nr ID usługi rozwojowej w BUR ……………………………………………………………………………………..Jeżeli nie potrafi Pan/ Pani podać informacji wymaganych powyżej, sugerujemy skorzystanie ze wsparcia dodatkowego lub wybór konkretnej usługi rozwojowej z Bazy Usług Rozwojowych i wpisanie danych jej dotyczących powyżej |
| **Czy bierze Pan/Pani udział w programie FERS w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego?** | [ ] TAK [ ] NIEJeżeli wybrał Pan/Pani odpowiedź TAK, proszę napisać jaki jest zakres działań, w których bierze Pan/Pani udział. ……………………………………………………………………………………. |

W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, planuję realizować usługę rozwojową/ usługi rozwojowe w następującym zakresie (proszę zaznaczyć właściwe o ile dotyczy):

[ ]  prowadzącą do nabycia kwalifikacji w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji i posiadającą nadany kod ……………………………………… (proszę podać kod kwalifikacji);

[ ]  prowadzącą do nabycia kwalifikacji/kompetencji z obszarów istotnych dla regionu ……………….. (proszę podać obszar posiłkując się dokumentem pomocniczym załączonym do Formularza zgłoszeniowego);

[ ]  dotyczącą szeroko rozumianych usług opieki długoterminowej o charakterze społecznym (dotyczy także opiekunów nieformalnych w ramach opieki długoterminowej, którzy chcą podnieść kompetencje/umiejętności).

**Jednocześnie**,

1. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się i akceptuję treść regulaminu Projektu „Edukacja osóbdorosłych w podregionie ostrołęckim” realizowanego przez Doradztwo Personalne i Szkolenia Aleksandra Zakrzewska.
2. Oświadczam, że z własnej inicjatywy zgłaszam się do Projektu i chcę podnieść swoje kompetencje/kwalifikacje.
3. Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która ukończyła 18. rok życia.
4. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie podregionu ostrołęckiego.
5. Oświadczam, że NIE jestem zarejestrowany/-a w Centralnej Ewidencji i Informacji
o Działalności Gospodarczej (CEIDG) ani w żadnym innym rejestrze przedsiębiorców
i NIE prowadzę działalności gospodarczej (dotyczy również zawieszonej działalności gospodarczej).
6. Oświadczam, że NIE korzystam, ze wsparcia u innego Operatora w ramach tego samego działania, w tym samym czasie.
7. Oświadczam, iż nie korzystam z tożsamego wsparcia (o tym samym zakresie tematycznym) dotyczącym rozwoju kompetencji cyfrowych z programu FERS w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do udziału w projekcie „Edukacja osób dorosłych w podregionie ostrołęckim”. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne (podstawa prawna: pkt 32, pkt 42, pkt 43, pkt 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 - Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).
11. Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z powodu sankcji wobec podmiotów i osób odpowiedzialnych i wspierających działania wojenne Rosji przeciwko Ukrainie.
12. Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją, przeprowadzeniem szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych.
13. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają moją sytuację prawną oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego.
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach do ww. Projektu w celu przeprowadzenia naboru i udzielenia wsparcia.
15. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić zakwalifikowania do udziału w Projekcie.
16. Zobowiązuję się do niezwłocznego, w terminie 5 dni, powiadomienia o zmianie danych, które decydują o kwalifikowalności do Projektu.

**Do Formularza Zgłoszeniowego załączam:**

[ ]  Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na terenie podregionu ostrołęckiego.

[ ]  Kopię orzeczenia o niepełnosprawności (o ile dotyczy).

…………………………………… …………..…………………………………………………

*miejscowość i data czytelny podpis Kandydatki/Kandydata do projektu*

1. Wykształcenie niższe niż podstawowe. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej. [↑](#footnote-ref-2)
3. Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej. [↑](#footnote-ref-3)
4. Wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe. [↑](#footnote-ref-4)
5. Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym. [↑](#footnote-ref-5)
6. Pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Osoby obcego pochodzenia** to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów (nie dotyczy osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych). [↑](#footnote-ref-7)
8. **Osoby państw trzecich**, to osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, a także bezpaństwowcy zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa. [↑](#footnote-ref-8)
9. **Osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych**. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-9)
10. W przypadku wyboru opcji „TAK’ wymagane orzeczenie o niepełnosprawności. W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024 poz. 44 z późn. zm.), osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2022 poz. 2123 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-10)