Fundusze Europejskie Program Regionalny | Pomorze Zachodnie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Nazwa Projektu	**„Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego"**
Numer Projektu	**RPZP.06.05.00-32-K120/17**

Wypełnia personel projektu

Numer formularza rekrutacyjnego	**Data wpływu formularza do biura projektu**	**Podpis personelu projektu**
Spełnienie kryteriów kwalifikowalności	**Suma punktów**	**Podpis oceniającego**
☐ **tak** ☐ **nie**		

Wypełnia Kandydat
PROSZĘ WYPEŁNIĆ TYLKO PUSTE POLA FORMULARZA

I. DANE UCZESTNIKA/CZKI					
Imię (imiona)					
Nazwisko					
PESEL			**W przypadku braku nr PESEL - proszę wpisać datę urodzenia w formacie: RRRR-MM-DD.**		
Kobieta *(zaznaczyć właściwe znakiem X)*	☐	**Mężczyzna** *(zaznaczyć właściwe znakiem X)*	☐	**Wiek w chwili przystąpienia do projektu**	
Telefon stacjonarny			**Telefon komórkowy** ***(pole obowiązkowe)***		
Kraj			**Województwo**		
Powiat			**Gmina**		
Miejscowość			**Poczta (kod i miejscowość)**		
Ulica (osiedle), nr domu/ nr mieszkania					

Adres do korespondencji (jeśli inny, niż zamieszkania)			
Adres poczty elektronicznej (e-mail) *(pole obowiązkowe)*			
Wykształcenie *(zaznaczyć właściwe znakiem X)*	**ISCED 0**	Niższe niż podstawowe	☐
	ISCED 1	Podstawowe	☐
	ISCED 2	Gimnazjalne	☐
	ISCED 3	Ponadgimnazjalne*	☐
	ISCED 4	Policealna	☐
	ISCED 5-8	Wyższe	☐
Doświadczenie zawodowe	Doświadczenie zawodowe poniżej 12 miesięcy		☐
	Doświadczenie zawodowe powyżej 12 miesięcy		☐
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu - należy wybrać 1 opcję	osoba bierna zawodowo** ucząca się		☐
	osoba bierna zawodowo** nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu finansowanym ze środków publicznych w okresie ostatnich 4 tygodni		☐

*wykształcenie ponadgimnazjalne: ukończone liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa
** osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej, (tzn. nie pracuje i nie jest osobą bezrobotną zarejestrowaną lub niezarejestrowaną w urzędzie pracy), np. student lub osoba będąca na urlopie wychowawczym

II. INFORMACJE O SYTUACJI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI *(zaznaczyć właściwe znakiem X)*			
Oświadczam, że jestem:			
osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	☐ tak	☐ nie	☐ odmowa podania informacji
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak	☐ nie	
osobą z niepełnosprawnościami* **	☐ tak	☐ nie	
osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, (np. osoba uzależniona od narkotyków, były więzień, osoba z nieukończoną szkołą podstawową itp.)	☐ tak	☐ nie	☐ odmowa podania informacji

*** za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 882).

III. ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE *(zaznaczyć właściwe znakiem X)*			
Plakat/ulotka	☐	**Doradca zawodowy**	☐
Konferencja	☐	**Biuro karier**	☐
Wydarzenie sportowe	☐	**Uczelnia**	☐
Oddział PFRON	☐	**Dom kultury**	☐
Fundacja na rzecz osób niepełnosprawnych	☐	**MOPS, GOPS**	☐
Strona www	☐	**Ogłoszenie**	☐
Inne jakie?			

…….. ……
Miejscowość i data *Czytelny podpis Uczestnika/czki*

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym na przetwarzanie danych w zbiorze Regionalnego Programu Operacyjnego.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego" i akceptuję jego warunki.
3. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego", jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej i Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego" oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora – spółki KOMPASS INVEST Sp. z o. o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 21.
7. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, potwierdzam, że wszystkie przedłożone przeze mnie dane są zgodne i prawdziwe. Jestem świadomy/ma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkującego po stronie spółki KOMPASS INVEST Sp. z o. o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 21, obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie, spółka KOMPASS INVEST Sp. z o. o. będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

…… ……..
Miejscowość i data *Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki*

ZAŁĄCZNIKI: (Proszę zaznaczyć „X")

☐ 1. Oświadczenie uczestnika/uczestniczki projektu o wyrażaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (dotyczy wszystkich uczestników/czek);

☐ 2. Oświadczenie uczestnika/uczestniczki projektu o wyrażeniu zgody na rozpowszechnianie wizerunku (dotyczy wszystkich uczestników/czek);

☐ 3. Oświadczenie osoby biernej zawodowo (jeśli dotyczy);

☐ 4. Oświadczenie o wieku (dotyczy wszystkich uczestników/czek);

☐ 5. Oświadczenie o wykształceniu (dotyczy wszystkich uczestników/czek);

☐ 6. Oświadczenie o doświadczeniu zawodowym (dotyczy wszystkich uczestników/czek);

☐ 7. Oświadczenie o niepełnosprawności (dotyczy jedynie osób niepełnosprawnych nieposiadających dokumentów wymienionych w pkt 7).

☐ 8. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego stan zdrowia zgodnie z Dz.U.2011 nr 127 poz.721 z późn.zm. i Dz.U.2011 nr 231 poz.1375 z późn.zm., **potwierdzoną za zgodność z oryginałem** (jeśli dotyczy).

Wypełnia personel projektu

KRYTERIA REKRUTACJI (proszę zaznaczyć znakiem „X")		
Kandydat jest osobą:		
bierną zawodowo	☐ tak	☐ nie
zamieszkującą na terenie Specjalnej Strefy Włączenia w woj. zachodniopomorskim	☐ tak	☐ nie
znajdującą się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy tj.:	☐ tak	☐ nie
powyżej 50 roku życia	☐ tak (2 pkt)	☐ nie (0 pkt)
kobietą	☐ tak (1 pkt)	☐ nie (0 pkt)
niepełnosprawną*	☐ tak (3 pkt)	☐ nie (0 pkt)
o niskich kwalifikacjach	☐ tak (5 pkt)	☐ nie (0 pkt)
posiadającą doświadczenie zawodowe poniżej 12 miesięcy	☐ tak (1 pkt)	☐ nie (0 pkt)
Kandydat spełnia kryteria kwalifikowalności	☐ tak	☐ nie
Suma punktów		
Imię i nazwisko osoby oceniającej		
Podpis osoby oceniającej		

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego" przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
   1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020",
   2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych".
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
   1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020":
      a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
      b) 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. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
      c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
   2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych":
      a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
      b) 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,
      c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
      d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących

do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego", w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - KOMPASS INVEST Sp. z o. o., mającej siedzibę przy ul. Grunwaldzkiej 21, 60-783 Poznań *(nazwa i adres beneficjenta)* oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - …… …… (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
    a) abi@wzp.pl
    b) iod@miir.gov.pl
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…..…… ……

MIEJSCOWOŚĆ I DATA *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*[*]

[*] W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

wyrażam zgodę na nieodpłatne i nieodwołalne wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku poprzez publikację na stronie www oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji o Projekcie zdjęcia/zdjęć, wykonanych w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do Projektu „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego" realizowanego przez spółkę KOMPASS INVEST Sp. z o. o. z siedzibą przy ul. Grunwaldzkiej 21 w Poznaniu (dawniej: KOMPASS CONSULTING Buczkowski Maciej).
Przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia zostaną wykorzystane wyłącznie do promocji i komunikacji projektu „Z KOMPASSEM WPROST KU KARIERZE – program na rzecz aktywizacji zawodowej osób biernych zawodowo w wieku 30 lat i więcej z województwa zachodniopomorskiego". Jednocześnie oświadczam, że zdjęcia te nie naruszają moich dóbr osobistych.

…….. ……..
Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

Załącznik nr 3 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Oświadczam, że jestem (odpowiednie zaznaczyć „X"):

☐ osobą bierną zawodowo* uczącą się

☐ osobą bierną zawodowo* nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu finansowanym ze środków publicznych w okresie ostatnich 4 tygodni

* osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest osobą bezrobotną zarejestrowaną lub niezarejestrowaną w urzędzie pracy), np. student lub osoba będąca na urlopie wychowawczym

…….. ……..
Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

Załącznik nr 4 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE O WIEKU

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

oświadczam, że:

w dniu składania formularza rekrutacyjnego wraz z wymaganymi załącznikami, tj……/20… posiadam ukończone/ych…….. lat/a.

…….. ……..
Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

Załącznik nr 5 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE O WYKSZTAŁCENIU

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Oświadczam

że legitymuję się wykształceniem (zaznaczyć właściwe znakiem X)

Wykształcenie	**ISCED 0**	Niższe niż podstawowe	☐
	ISCED 1	Podstawowe	☐
	ISCED 2	Gimnazjalne	☐
	ISCED 3	Ponadgimnazjalne	☐
	ISCED 4	Policealna	☐
	ISCED 5-8	Wyższe	☐

…….. ……..
Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

Załącznik nr 6 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZENIU ZAWODOWYM

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Oświadczam, iż moje dotychczasowe doświadczenie zawodowe wynosi:

Doświadczenie zawodowe poniżej 12 miesięcy	☐
Doświadczenie zawodowe powyżej 12 miesięcy	☐

…….. ……..

Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

Załącznik nr 7 do Formularza rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania)*	

świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Oświadczam, że jestem
osobą niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 511) /osobą z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 882).

…….. ……..
Podpis Uczestnika/czki Projektu *Miejscowość i data*

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

Ja niżej podpisany/a *(imię i nazwisko)*	
Zamieszkały/a *(adres zamieszkania: ulica, miejscowość, nr domu, nr mieszkania, poczta)*	

☐ Oświadczam, że nie posiadam specjalnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności w związku z moim uczestnictwem w Projekcie.

☐ Oświadczam, że posiadam specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności w związku z moim uczestnictwem w Projekcie *(proszę wpisać w odpowiednim miejscu poniżej, jakie):*

- Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:
  ……
- Alternatywne formy materiałów:
  ……
- Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:
  ……
- Zapewnienie tłumacza języka migowego
  ……
- Specjalne wyżywienie:
  ……
- Inne:
  ……

…… MIEJSCOWOŚĆ I DATA

…… CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU