1. Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY W PROJEKCIE: „POMOSTY DO MOŻLIWOŚCI”**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE:** |
| 1. | Imię (imiona): |  |
| 2. | Nazwisko: |  |
| 3. | PESEL:  |  |
| 4. | Obywatelstwo | [ ]  polskie[ ]  brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE[ ]  brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA:** |
| [ ]  Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)[ ]  Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)[ ]  Wyższe (ISCED 5-8) |
| **ADRES ZAMIESZKANIA:** |
| 1. | Kraj: |  |
| 2. | Województwo:  |  |
| 3. | Powiat:  |  |
| 4. | Gmina:  |  |
| 5. | Miejscowość:  |  |
| 6. | Kod pocztowy:  |  |
| 7. | Ulica/numer domu/ numer mieszkania |  |
| **DANE KONTAKTOWE:** |
| 1. | Kontakt telefoniczny:  |  |
| 2. | E-mail:  |  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY:** (właściwe zaznaczyć X) |
| 1. | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | [ ]  tak [ ]  nie |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna\* Zaznaczyć właściwe, jeżeli w pkt. 1 zaznaczono TAK | [ ]  tak [ ]  nie |
| 2. | Osoba bierna zawodowo, w tym: | [ ]  tak [ ]  nie |
|  | Osoba ucząca się  | [ ]  tak [ ]  nie |
|  | Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  | [ ]  tak [ ]  nie |
| 3. | Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej | [ ]  tak [ ]  nie |
| \* za osobę długotrwale bezrobotną (na potrzeby realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE) uznaje się: osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat oraz osobę bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej. |
| **DODATKOWE DANE:** (właściwe zaznaczyć X) |
| 1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | [ ] Odmawiam podania informacji Tak [ ]  Nie [ ]  |
| 2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | Tak [ ]  Nie [ ]  |
| 3. | Osoba z niepełnosprawnościami: | [ ] Odmawiam podania informacji Tak [ ]  Nie [ ]  |
|  | w tym: [ ]  stopień lekki[ ]  stopień umiarkowany[ ]  stopień znaczny | Zaznaczyć w wypadku posiadania stosownych zaświadczeń[ ]  osoba z chorobami psychicznymi[ ]  osoba z niepełnosprawnością intelektualną[ ]  osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi[ ]  osoba korzystająca z programu FE PŻ |
| 4. |  Specjalne potrzeby | Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:………………………………………………………………………………Zapewnienie tłumacza języka migowego?Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK , proszę opisać jakie :………………………………………………………………….Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………………………………….. |
| 5. | Formy wsparcia | - Indywidualne doradztwo zawodowe i psychologiczne – diagnoza potrzeb i przygotowanie Indywidualnego Planu Działania (IPD)-Szkolenia i kursy zawodowe – dostosowane do zapotrzebowania na rynku pracy- Warsztaty umiejętności społecznych – rozwój kompetencji miękkich i cyfrowych- Pośrednictwo pracy i staże zawodowe – realne doświadczenie zawodowe- Wsparcie w zatrudnieniu – coaching i asysta doradcy ds. zatrudnienia- Zwrot kosztów dojazdu na zajęcia oraz inne indywidualne formy wsparcia dostosowane do uczestnika |

|  |  |
| --- | --- |
| *Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie, z katalogiem oferowanego Uczestnikom Projektu wsparcia oraz oświadczam, że podane przeze mnie informacje w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że nie biorę udziału w innym**projekcie w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny +)* *dla Priorytetu:* *FESL.07.00 - Fundusze Europejskie dla społeczeństwa,* *dla Działania:* *FESL.07.02 - Aktywna Integracja.**Jednocześnie jestem świadoma/y, że warunkiem mojego udziału w projekcie jest dostarczenie wraz z niniejszym formularzem zaświadczeń potwierdzających wskazane przeze mnie informacje.* | ……………………………………………………….PODPIS KANDYDATA………………………………………………………..DATA WYPEŁNIENIA FORMULARZA |

 **OŚWIADCZENIE**

**Ja, niżej podpisana/podpisany, w związku z chęcią przystąpienia do Projektu, oświadczam, że**:

 1. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Pomosty do możliwości” oraz akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

2. Spełniam wszystkie kryteria formalne dla Uczestniczek/ków Projektu określone Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Pomosty do możliwości”.

3. Zostałam/em poinformowana/y, że udział w projekcie jest bezpłatny.

4. Nie jestem zatrudniona/y na podstawie długoterminowej umowy o pracę, powołania, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie długoterminowych umów prawa cywilnego, a także nie prowadzę działalności gospodarczej ani rolniczej.

5. Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie formularza zgłoszeniowego dla osoby ubiegającej się o udział w Projekcie „Pomosty do możliwości” nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

6. W przypadku zakwalifikowania do Projektu wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby Projektu „Pomosty do możliwości”.

7. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

8. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

9. **Nie biorę udziału w innych projektach aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.**

10. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania może skutkować brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach Projektu.

11. Dane zawarte w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. data miejscowość czytelny podpis Kandydatki/Kandydata Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

………………………… …………………………………………………………..

data miejscowość czytelny podpis Kandydatki/Kandydata