

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „NOWE MOŻLIWOŚCI”

Tytuł projektu	NOWE MOŻLIWOŚCI
Numer projektu	RPSL.07.04.02-24-09CD/16
Działanie i Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt	Działanie 7.4: Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu) Poddziałanie 7.4.2: Outplacement – konkurs

Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole

DANE OSOBOWE									
Imię (imiona)									
Nazwisko									
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia						
Miejsce urodzenia									
PESEL <i>(w każdej kratce należy wpisać 1 cyfrę)</i>									
Wykształcenie	brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i>								<input type="checkbox"/>
	podstawowe – ISCED 1 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	gimnazjalne – ISCED 2 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i>								<input type="checkbox"/>
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	policealne – ISCED 4 <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>								<input type="checkbox"/>
	wyższe – ISCED 5-8 <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i>								<input type="checkbox"/>

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE				
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu		
Miejscowość				
Kod pocztowy		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
Województwo				
Powiat				
Nr telefonu				
Nr telefonu (inny)				
Adres e-mail				
Adres korespondencyjny, jeśli inny niż powyżej				
STATUS NA RYNKU PRACY				
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRACUJĄCĄ, UCZĄCĄ SIĘ LUB ZAMIESZKUJĄCĄ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego)			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZATRUDNIONĄ			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>zarejestrowaną</u> w Urzędzie Pracy <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.</i>			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>niezarejestrowaną</u> w ewidencji Urzędu Pracy tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/-a do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia ² , ale jednocześnie nie uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i nie jestem zarejestrowany/-a w PUP jako osoba bezrobotna.			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEAKTYWNĄ ZAWODOWO / BIERNĄ ZAWODOWO tj. pozostaję bez pracy i jednocześnie nie poszukuję pracy i/lub uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i/lub przebywam na urlopie wychowawczym ³ .			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

³ rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego

<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZWOLNIONĄ tj. utraciłem/-am pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu. <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię świadectwa pracy.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ PRZEWIDZIANĄ DO ZWOLNIENIA tj. jestem zatrudniony/-a oraz znajduję się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub zostałem/-am poinformowany/-a przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<p>Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ ZWOLNIENIEM tj. jestem zatrudniony/-a u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających moje przystąpienie do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. z 2015r. poz. 192, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 1666), 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. <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że	<input type="checkbox"/> JESTEM	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM	osobą odbywającą karę pozbawienia wolności
DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY			
<p>Jestem pracownikiem lub byłem pracownikiem⁴ przedsiębiorstwa spełniającego co najmniej jedną z warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) przedsiębiorstwo sektora MŚP⁵ b) przedsiębiorstwo przechodzące procesy restrukturyzacyjne c) przedsiębiorstwo odczuwające negatywne skutki zmiany gospodarczej d) przedsiębiorstwo znajdujące się w sytuacji kryzysowej <p><i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie pracodawcy – którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Formularza.</i></p>		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

⁴ W przypadku byłych pracowników, w projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby, które utraciły zatrudnienia z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu

⁵ Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji Europejskiej r 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu: „Do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.”

Jestem pracownikiem lub byłym pracownikiem jednostki organizacyjnej spółek węglowych z terenu województwa śląskiego lub przedsiębiorstw z terenu województwa śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących).			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI				
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (dane wrażliwe) Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument ⁶			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny	
Data ważności orzeczenia (o ile dotyczy)				
DODATKOWE INFORMACJE DOT. OCZEKIWAŃ				
Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie szkolenia w ramach projektu			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem zainteresowany/-a odbyciem wyłącznie stażu w ramach projektu			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jestem zainteresowany/-a odbyciem zarówno szkolenia jak i stażu w ramach projektu			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Preferowany termin szkolenia	<input type="checkbox"/> wyłącznie dni robocze od godziny 9:00		<input type="checkbox"/> wyłącznie weekendy	
	<input type="checkbox"/> wyłącznie dni robocze po godz. 17:00		<input type="checkbox"/> każdy z powyższych terminów	
<u>NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, IŻ:</u>				
<ol style="list-style-type: none"> Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Nowe możliwości”, realizowanym na terenie województwa śląskiego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII. Regionalny rynek pracy, działanie 7.4, Wspomaganie procesów adaptacji do zmian na regionalnym rynku pracy (działania z zakresu outplacementu), poddziałanie 7.4.2 Outplacement. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w <i>Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „Nowe możliwości”</i> i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status). Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. danych rasowych i etnicznych, danych dotyczących niepełnosprawności, danych o innej niekorzystnej sytuacji). Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. 				

⁶ W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest przedłożenie innego dokumentu wydanego przez lekarza, poświadczającego stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.

6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich przewidzianych dla mnie w projekcie formach wsparcia (doradztwie zawodowym, szkoleniu, stażu i pośrednictwie pracy), które zostaną wskazane/zarekomendowane w Indywidualnym Planie Działania. Równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie pisemnie Organizatora Projektu.
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/ cywilnoprawnej lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 4 tygodni oraz do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy do 4 tygodni oraz do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Katowicach).
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu w związku z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji w ramach projektu.
11. Zostałem poinformowany o tym, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy Uczestnik Projektu będący osobą fizyczną składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art.24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz.1182, z późn.zm).
12. Zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym oraz innych dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji zgłoszeniowej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Miejscowość:	Data:	Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM

Świadectwo pracy potwierdzające utratę zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające rejestrację jako osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy o wypowiedzeniu stosunku pracy / zamiarze nieprzedłużenia zatrudnienia / zagrożenia zwolnieniem (<i>wzór zaświadczenia stanowi załącznik 1a do Formularza zgłoszeniowego</i>)	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pracodawcy o nieprzedłużeniu zatrudnienia z przyczyn niedotyczących pracownika (<i>wzór zaświadczenia stanowi załącznik 1b do Formularza zgłoszeniowego</i>)	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego)	<input type="checkbox"/>



WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:			
DATA WPŁYWU		SPOSÓB DOSTARCZENIA	mailowo / pocztą / osobiście
OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)			
<i>OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI</i>			
PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU			