

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „Kształcenie Inspiracja Szkolenie”

*Program Operacyjny Kapitał Ludzki Priorytet VII Promocja integracji społecznej,  
Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej,  
Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.*

Dane podstawowe													
Nazwisko													
Imię/Imiona													
Data urodzenia				Miejsce urodzenia									
Imię ojca				Imię matki									
PESEL											Wiek		
NIP											Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Stan cywilny	<input type="checkbox"/> wolny/wolna			<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna			Pochodzenie			<input type="checkbox"/> teren miejski <input type="checkbox"/> teren wiejski			
Adres zamieszkania													
Ulica							Nr domu			Nr lokalu			
Miejscowość										<input type="checkbox"/> teren miejski <input type="checkbox"/> teren wiejski			
Kod pocztowy							Poczta						
Powiat				Województwo									
Dane kontaktowe													
Telefon stacjonarny				Telefon komórkowy									
Adres poczty elektronicznej (e-mail)													
Wykształcenie													
<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne			<input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie ogólnokształcące			<input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe zawodowe <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie							
Dane dodatkowe													
Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską						<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
Jeśli tak to, w jakich ?													

Jaki rodzaj wsparcia otrzymał/a Pan/Pani w innych projektach?	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadane kwalifikacje zawodowe (w tym kursy i szkolenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak, to jakie ?	

<b>Stopień znajomości obsługi komputera</b> (proszę określić):	
<input type="checkbox"/> brak	<input type="checkbox"/> podstawowa
<input type="checkbox"/> średniozaawansowana	<input type="checkbox"/> zaawansowana
<b>Preferowany rodzaj szkolenia/kursu</b> (proszę określić):	
<input type="checkbox"/> Przedstawiciel handlowy z prawem jazdy kat. B	
<input type="checkbox"/> Ogrodnik terenów zielonych	
<input type="checkbox"/> Sprzedawca/kasjer (nowoczesne techniki sprzedaży, minimum sanitarne, obsługa kas fiskalnych)	
<b>Proszę ocenić w skali od 1 do 5</b> (gdzie 1 jest najniższą oceną a 5 najwyższą):	
Samocena i wiara we własne siły	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Poziom motywacji do samodzielnego działania	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Pewność siebie w kontaktach z otoczeniem	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Poczucie własnej wartości	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o projekcie „Kształcenie Inspiracja Szkolenie” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego:</b>	
<input type="checkbox"/> od znajomych	<input type="checkbox"/> poprzez uczestnictwo w innym projekcie
<input type="checkbox"/> od pracowników MOPS	<input type="checkbox"/> od pracowników PUP
<input type="checkbox"/> z ulotki/plakatu	<input type="checkbox"/> z informacji w lokalnych mediach
<input type="checkbox"/> z Internetu	<input type="checkbox"/> z innych źródeł (jakich?).....

Oświadczam, że:

- jestem osobą do 24 roku życia,
- jestem osobą bezrobotną,
- posiadam wykształcenie nie wyższe niż średnie,
- zamieszkuję na terenie województwa świętokrzyskiego,

Odnosnie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych:

- a) Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym danych wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji Projektu;
- b) Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że administratorem danych jest Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa). Dane przetwarzane będą przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej (ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko-Kamienna) na zasadzie dalszego powierzenia;
- c) Przekazanie danych jest dobrowolne z zastrzeżeniem, że niepodanie danych uniemożliwi realizację celów, w jakich dane są zbierane;

- d) Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.);
- e) Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym wprowadzane są do systemu PEFS, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z zasadami udziału oraz regulaminem projektu i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim;
- Zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w projekcie;
- Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz w ramach współfinansowania krajowego z budżetu państwa;
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym;
- Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania;
- Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się 6 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie;
- W przypadku podjęcia zatrudnienia zobowiązuje się niezwłocznie poinformować o tym fakcie biuro projektu oraz dostarczyć kopię dokumentu potwierdzającego podjęcie zatrudnienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenie itp.);
- Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie pn. „Kształcenie Inspiracja Szkolenie” - realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej w ramach Priorytetu VII, Działanie 7.2, Poddziałanie 7.2.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- Mam świadomość, iż złożenie niniejszego Formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie w miejscu zamieszkania wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego MOPS w terminie 14 dni od daty złożenia niniejszego formularza;
- Jestem pełnoletni/pełnoletnia i posiadam pełną zdolności do czynności prawnych, oraz ze zapoznałem/zapoznałam się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Miejscowość	Data	Podpis
Data wpływu formularza: _____ - _____ - _____ r.		Podpis osoby przyjmującej formularz: _____

Ilość przyznanych punktów w procesie rekrutacyjnym.....

Decyzja kwalifikacyjna do udziału w projekcie:

- Zakwalifikowano do udziału w projekcie**
- Wpisano na listę rezerwową**
- Nie zakwalifikowano (podać przyczynę)**
- .....
- .....

Imiona, nazwiska i podpisy Komisji Kwalifikacyjnej:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....