

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową”**

DANE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU												
IMIĘ (IMIONA)	Strona											
NAZWISKO									OBYWATELSTWO			
DATA URODZENIA	r	r	r	r	-	m	m	-	d	d	WIEK (w latach)	
PESEL											PŁEĆ	
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo											
	Powiat						Gmina					
	Miejscowość											
	Ulica											
	Nr budynku						Nr lokalu					
	Kod pocztowy											
TELEFON KONTAKTOWY												
ADRES E-MAIL												
WYKSZTAŁCENIE właściwe należy zaznaczyć „X”	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)											
	<input type="checkbox"/> podstawowe (ukończone kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)											
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)											
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)											
	<input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym, np. ukończona szkoła policealna)											
	<input type="checkbox"/> wyższe (ukończone studia wyższe)											
SPECJALNE POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI jeżeli dotyczy- należy zaznaczyć „X”	<input type="checkbox"/> Duży tekst											
	<input type="checkbox"/> Tłumacz języka migowego											
	<input type="checkbox"/> Asystent osoby niepełnosprawnej											
	<input type="checkbox"/> Winda											
	<input type="checkbox"/> Inne (proszę wpisać)											

**STATUS UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU NA RYNKU PRACY**

Oświadczam, że jestem aktualnie zatrudniony/zatrudniona na podstawie umowy o pracę

Strona | 2

w Clar Serwis Sp. z o.o. na stanowisku

.....
Miejscowość i data.....
Czytelny podpis**AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU - PROSZĘ WSTAWIĆ „X” W ODPOWIEDNIM POLU**

OSOBA OBCEGO POCHODZENIA (CUDZOZIEMIEC)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA <input type="checkbox"/>
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (OSOBA Z ORZECZENIEM LUB INNYM DOKUMENTEM POŚWIADCZAJĄCYM STAN ZDROWIA)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Ponadto oświadczam, że:

1. Oświadczam, że nw. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz, że na dzień składania dokumentów zgłoszeniowych do projektu „Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową”.
2. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie „Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową”.
3. Oświadczam, że otrzymałem/ otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i realizacji projektu.
4. Zostałem/em poinformowany, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Zostałem/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Zostałem/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Beneficjentowi danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy potwierdzonych stosownym dokumentem w okresie do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.

Projekt: Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową



7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu.
8. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Beneficjenta.
9. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporz. o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), zwanego „RODO”).
10. W związku z przystąpieniem do projektu, WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na wykorzystanie mojego wizerunku przez Lanua Investments Poland Sp. z o.o. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne w szczególności z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć czy innych form wsparcia w ramach projektu mogą zostać okazane instytucjom kontrolującym realizację projektu. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Lanua Investments Poland Sp. z o.o., z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.
11. Zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego poinformowania Beneficjenta o każdej zmianie wyżej uzupełnionych danych osobowych, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

.....
Miejscowość i data.....
Czytelny podpis**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW**

Podpisany <i>Regulamin rekrutacji i realizacji projektu</i> , dotyczy wszystkich osób	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Podpisane <i>Oświadczenie osoby aplikującej o udział w projekcie</i> (Załącznik nr 2 do <i>Regulaminu rekrutacji i realizacji projektu</i>) - dotyczy wszystkich osób	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub analogicznego dokumentu wydanego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – dotyczy osób z niepełnosprawnościami	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne dokumenty: (wpisać jakie)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Potwierdzenie złożenia *Formularza zgłoszeniowego*
(data wpływu)

Podpis osoby przyjmującej *Formularz zgłoszeniowy*

Oświadczam, że poniższe dane dotyczące wieku oraz płci Kandydata są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

Podpis osoby weryfikującej:

Projekt: Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową