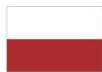


**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**
„Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową”

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”			niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)												
			podstawowe (ukończone kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)												
			gimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)												
			ponadgimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)												
			policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym, np. ukończona szkoła policealna)												
			wyższe (ukończone studia wyższe)												
SPECJALNE POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI jeżeli dotyczy- należy zaznaczyć „X”			Duży tekst												
			Tłumacz języka migowego												
			Asystent osoby niepełnosprawnej												
			Winda												
			Inne (proszę wpisać)												

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

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

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

Strona | 2

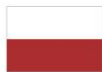
.....
Miejscowość i data.....
Czytelny podpis**AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU - PROSZĘ WSTAWIĆ „X” W ODPOWIEDNIM POLU**

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. Zostałam/em poinformowany, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Zostałam/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.
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.

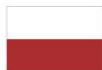
Projekt: Siła doświadczenia-wydłużamy aktywność zawodową



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"/>



WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Potwierdzenie złożenia *Formularza zgłoszeniowego*
(data wpływu)

Podpis osoby przyjmującej *Formularz zgłoszeniowy*

Strona | 4

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

Podpis osoby weryfikującej: