



FORMULARZ APLIKACYJNY

Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!!

Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów Formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkowało odrzuceniem Formularza z przyczyn formalnych.

Numer zgłoszenia:8.4/ZZS

Data wpływu formularza: □□-□□-20□□ r.

Tytuł projektu: „Złap za STER!”

Lider projektu:

Institut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT Sp. z o.o.
Biuro Projektu w Krakowie, Plac Sikorskiego 2, 31-115 Kraków

Partner projektu:

Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI
Biuro Fundacji w Tamowie, ul. Krakowska 11a, 33-100 Tamów

Nr projektu: RPMP.08.04.02-12-0297/20

Os priorytetowa: 8. Rynek pracy,
Działanie: 8.4 Rozwój kompetencji kadr i adaptacja do zmian,
Poddziałanie: 8.4.2. Adaptacja do zmian.
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE

Imię (imiona):

Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

□□-□□-□□□□

Województwo urodzenia:
(według nowego podziału)

PESEL:

□□□□□□□□□□

brak PESEL

Wiek:

(w chwili przystąpienia do projektu)

Telefony komórkowy:

Telefon stacjonarny:

E-mail:

Płeć (zaznaczyć właściwy „X”):

Kobieta

Mężczyzna

Miejsce zamieszkania¹ należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym

Ulica²:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Województwo:

Gmina:

Powiat:

Kraj:

Obszar zamieszkania (zaznaczyć właściwy „X”):

obszar miejski

obszar wiejski

ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):

Ulica²:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Województwo:

Gmina:

Powiat:

Kraj:

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość



STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że jestem:

<p>1. Osobą zwolnioną z przyczyn dotyczących zakładu pracy - osoba pozostająca bez zatrudnienia nie dłużej niż 6 m-cy przed dniem przystąpienia do projektu)</p> <p>Wymagane: świadectwo pracy (jeśli na świadectwie brak przyczyny wypowiedzenia dodatkowo – zał. 1 lub zaświadczenie zleceniodawcy (dot. umów zlecenia) – zał. 2.</p>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>w tym:</p>	<input type="checkbox"/> osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy (należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP).	
	<input type="checkbox"/> osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy (należy załączyć aktualne zaświadczenie z ZUS).	
	<input type="checkbox"/> osobą bierną zawodowo ³ nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu (należy załączyć aktualne zaświadczenie z ZUS).	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<p>2. Osobą pracującą przewidziana do zwolnienia - pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego lub um. zlecenie)</p> <p>Wymagane: kserokopia wypowiedzenia i/lub oświadczenie od pracodawcy – zał. 3</p>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>w tym:</p>	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP ⁴	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	
	<input type="checkbox"/> Inne	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<p>3. Osobą pracującą zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy - pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 m-cy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników⁵</p> <p>Wymagane: Oświadczenie od pracodawcy – zał. 4.</p>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>w tym:</p>	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP ⁴	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	
	<input type="checkbox"/> Inne	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<p>4. Osobą odchodzącą z rolnictwa⁶</p> <p>Wymagane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zaświadczenie z gminy o powierzchni gospodarstw; - kopia decyzji KRUS o podleganiu ubezpieczeniu; - oświadczenie o zamiarze podjęcia zatrudnienia w obszarach nie związanych z działalnością rolniczą lub o zamiarze podjęcia pozarolniczej działalności gospodarczej – zał. 5. 		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

³ **Osoba bierna zawodowo** – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy.

⁴ MMŚP – mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo.

⁵ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2015 r. poz. 192) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn.), 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.

⁶ **Osoba odchodząca z rolnictwa** – osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2020 r. poz. 174) (KRUS) z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym, zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.) (ZUS).



STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU⁷ (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że jestem:

Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą z niepełnosprawnościami ⁸ : <u>Należy załączyć kserokopię aktualnego orzeczenia lub zaświadczenie od lekarza (dokument potwierdzający stan zdrowia).</u>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? np.: posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, byłem/am więźniem, narkomanem, jestem osobą zamieszkującą teren wiejski itp.?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	

WYKSZTAŁCENIE - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.

Oświadczam iż posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)
	<input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)	<input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)
Nazwa szkoły i rok jej ukończenia		
Zawód wyuczony, specjalność, tytuł zawodowy		

⁷ **Dane wrażliwe** – Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.

⁸ **Osoba z niepełnosprawnościami** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018 poz. 1878, z późn. zm.) tj. osobę z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



DODATKOWE INFORMACJE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):

Oświadczam, że:

Zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie woj. małopolskiego (zaznaczyć X”):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Pracuję na terenie województwa małopolskiego (zaznaczyć X”):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	(odpowiedź „nie dotyczy” dotyczy osób zwolnionych)
- w tym aktualne miejsce pracy: (dotyczy osób zagrożonych zwolnieniem lub przewidzianych do zwolnienia)	Nazwa firmy:			
	Ulica:		Numer domu/Nr lokalu:	
	Kod pocztowy:		Miejscowość:	
	Powiat:		Województwo:	
Wstępne zainteresowanie formami wsparcia:	<input type="checkbox"/> Kursy/Szkolenia/Studia podyplomowe <input type="checkbox"/> Staże/praktyki zawodowe <input type="checkbox"/> Dodatek relokacyjny <input type="checkbox"/> Dodatek aktywizacyjny <input type="checkbox"/> Dotacja na założenie działalności gospodarczej ⁹ (należy załączyć – zał. nr 6 i nr 7) <input type="checkbox"/> Dotacje na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych (należy załączyć – zał. nr 6 i nr 7)			
Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy prowadziłeś/łaś działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
Czy uczestniczy Pani/n w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		

⁹ Wsparcie finansowe na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej jest kierowane w pierwszej kolejności do osób, które utraciły zatrudnienie w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu, a także pracowników znajdujących się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego, co do których istnieje pewność, że utracą zatrudnienie przed przyznaniem dotacji. O przyznanie środków na rozpoczęcie działalności mogą ubiegać się także osoby odchodzące z rolnictwa.



Przynależność do grupy docelowej (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie tj. **jestem:**

Osobą zamieszukającą (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) i/lub pracującą na terenie woj. małopolskiego:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą należącą do jednej z poniższej grupy:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata)
— w tym:	<input type="checkbox"/> Osobą zwolnioną z przyczyn dotyczących zakładu pracy do 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu <input type="checkbox"/> Osobą przewidzianą do zwolnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy <input type="checkbox"/> Osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy <input type="checkbox"/> Osobą odchodzącą z rolnictwa	
Osobą należącą co najmniej do jednej z preferowanych grup w procesie rekrutacji (można zaznaczyć więcej niż jedno pole): ¹⁰	<input type="checkbox"/> kobietą <input type="checkbox"/> osobą powyżej 50 roku życia <input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> osobą o niskich kwalifikacjach <input type="checkbox"/> nie należącą do żadnej z grup	

Ja, niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

Oświadczenia Kandydata/-ki

A. Oświadczam, że:

- zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „Złap za STER!” realizowanym przez Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informacyjnych InBIT sp. z o.o. (Lidera projektu) oraz Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI (Partnera projektu),
- wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą,
- zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Złap za STER!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020,
- zapoznałem(-łam) się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* oraz akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania/przestrzegania,
- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane osobowe, dane kontaktowe oraz o zmianie statusu tj. sytuacji zawodowej np. podjęcie zatrudnienia),

¹⁰ Kryteria decydujące o ilości punktów preferencyjnych

6. zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
7. **nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „Złap za STER!” do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,**
8. zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej. Akceptuję, fakt, iż odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu,
9. w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,
10. w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj.:
 - w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
 - w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,
 - do trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej.
11. Przyjmuję do wiadomości, że wsparcie na samozatrudnienie w ramach projektu nie jest udzielane osobom, które posiadały wpis do CEIDG, były zarejestrowane jako przedsiębiorcy w KRS lub prowadziły działalność gospodarczą na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.

B. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Lidera projektu - Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych **InBIT sp. z o.o.** oraz Partnera Projektu - Fundacja Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI** z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkim Urzędem Pracy w Krakowie) wynikających z umowy nr **RPMP.08.04.02-12-0297/20**. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania,
2. przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w punkcie 1, przez Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie lub podmiot przez niego upoważniony zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000, do celów sprawozdawczych z realizacji form wsparcia, w których brałam/em udział oraz monitoringu i ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020,

3. przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej i filmowej tworzonej na potrzeby realizacji projektu.

C. Oświadczam, iż:

1. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzania przez Lidera projektu - Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych InBIT sp. z o.o., Partnera projektu - Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI** oraz Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie.
2. Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

Ja, niżej podpisany/-a deklaruję:

1. uczestnictwo w projekcie „Złap za STER!” realizowanym przez Lidera projektu Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych **InBIT sp. z o.o. oraz** Partnera projektu Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI**, po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji,
2. udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
3. czynny udział we wszystkich etapach wsparcia.

Niniejszym oświadczam, że ww. dane w formularzu i oświadczeniach są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o ich zmianie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata