

Data i godzina wpływu formularza zgłoszeniowego:

Nr formularza zgłoszeniowego:

Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ REKRUTACYJNY – ŚCIEŻKA PRZEKWALIFIKOWANIE

W RAMACH PROJEKTU PT. „ SZANSA NA NOWY START ” nr RPLD.10.02.02-10-0018/18

Realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020

Poddziałanie X.2.2 „Wdrożenie programów typu outplacement”

Nazwisko:	Imię/ Imiona:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Data, miejsce, województwo urodzenia:		Wiek (w latach):										
PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
Adres zamieszkania: Ulica:..... nr domu:..... nr lokalu:..... miejscowość:..... kod pocztowy:..... gmina:..... powiat:..... województwo:..... <input type="checkbox"/> obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko - wiejskiej) <input type="checkbox"/> obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)		Dane kontaktowe: Numer telefonu stacjonarnego: Numer telefonu komórkowego: Adres poczty elektronicznej (e-mail): Adres do korespondencji <i>(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania)</i>										
Status uczestnika – Oświadczam, że na dzień składania Formularza:												
Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia Pracownik przewidziany do zwolnienia – pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem Pracownik zagrożony zwolnieniem – pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika 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 2016 r. poz. 1474, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, 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. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										

<p>Jestem osobą zwolnioną. Osoba zwolniona – osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.</p>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Jestem osobą zamieszkującą województwo łódzkie		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że na dzień składania Formularza jestem osobą:</p> <input type="checkbox"/> pracującą <input type="checkbox"/> bierną zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>		
<p>Posiadane wykształcenie:</p> <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5 – 8) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)		
<p>Preferowane miejsce odbywania zajęć:</p> <input type="checkbox"/> Piotrków Trybunalski <input type="checkbox"/> Łódź <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....		
<p>Czy zamierza się Pan/ Pani starać o zwrot kosztów dojazdu?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
<p>Doświadczenie zawodowe:</p> <p>w latach: <input type="checkbox"/> 0-1 lat <input type="checkbox"/> 1-3 lata <input type="checkbox"/> 3-6 lat <input type="checkbox"/> powyżej 6 lat</p> <p>Ostatnie miejsce pracy (Nazwa firmy, miejscowość, NIP)..... Ostatnio zajmowane stanowisko..... Okres zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy..... Forma zatrudnienia w ostatnim miejscu pracy..... Data ustania stosunku pracy..... Zawód wyuczony.....</p>		
<p>Proszę podać tematy szkoleń / kursów, które Pan/Pani ukończyła:</p> <input type="checkbox"/> 0-3 szkoleń <input type="checkbox"/> 3-5 szkoleń <input type="checkbox"/> powyżej 5 szkoleń <p>1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....</p>		
<p>Źródło informacji o projekcie:</p> <input type="checkbox"/> plakaty <input type="checkbox"/> ulotki <input type="checkbox"/> znajomi <input type="checkbox"/> telewizja <input type="checkbox"/> prasa <input type="checkbox"/> strona internetowa KSWP <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> inne, (jakie?)		

Pozostałe dane uczestnika projektu niezbędne do pomiaru wskaźników

Odpowiedź na poniższe pytania nie jest obowiązkowa. W przypadku odmowy podania informacji proszę o zaznaczenie X odpowiedniego pola	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą z niepełnosprawnościami ¹ (jeśli tak, proszę o zaznaczenie dodatkowo stopnia niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny			
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia ²			
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ³			
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ⁴			

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji oraz Regulaminem uczestnictwa w Projekcie „Szansa na nowy start” i akceptuję zawarte w nich warunki. Jednocześnie stwierdzam, iż zgodnie z wymaganiami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w w/w projekcie. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „Szansa na nowy start” realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie”, Działanie X.2 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw”, Poddziałanie X.2.2 „Wdrożenie programów typu outplacement” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych oraz właściwymi krajowymi przepisami z zakresu ochrony danych osobowych), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „Szansa na nowy Start”, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa X „Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie”, Działanie X.2 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw”, Poddziałanie X.2.2 „Wdrożenie programów typu outplacement” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez KSWP z obowiązków sprawozdawczych z realizacji projektu wobec Urzędu

¹ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia

² Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: araimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

³ Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

⁴ Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględnić wskazane poniżej grupy:

- osoba osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,
- byli więźniowie,
- narkomani,
- osoby bezdomne lub osoby wykluczone z dostępu do mieszkań,
- osoby z obszarów wiejskich



Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie w/w danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących w/w informacje przez Zarząd Województwa Łódzkiego lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usług, w których brałem/am udział, monitoringu oraz ewaluacji projektu.
- Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych (oraz ich poprawiania).
- Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Krajowe Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.
- Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo.
- Jestem świadomy/a, że Zgłoszenie uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis)