****

***FORMULARZ REKRUTACYJNY***

***w ramach***

***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020***

**Oś priorytetowa 11. Rozwój lokalny kierowany przez społeczność Działania 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR**

Projekt pt.: „Aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Gminy Lubanie”nr projektu NrRPKP.11.01.00-04-0010/21współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Gminę Lubanie

**Dane Kandydata do udziału w projekcie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **IMIĘ** |  |
| **2** | **NAZWISKO** |  |
| **3** | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **PŁEĆ:****(Zaznaczyć właściwe „X”)** | Kobieta | Mężczyzna |
| **5** | **WYKSZTAŁCENIE** **(należy postawić krzyżyk przy właściwym)** | [ ] **Niższe niż podstawowe**[ ]  **Podstawowe** [ ]  **Gimnazjalne**[ ]  **Ponadgimnazjalne (Średnie zawodowe, Średnie ogólne, Zasadnicze zawodowe)**[ ]  **Policealne**[ ]  **Wyższe (pierwszego stopnia-licencjat, drugiego stopnia- magister, studia podyplomowe, trzeciego stopnia-doktoranckie)** |
| **6** | **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |  |
| **Dane kontaktowe:** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:**  |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr budynku/Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Telefon stacjonarny** **i /lub telefon komórkowy:****(pole obowiązkowe)** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

1. **Aktualny status Kandydata do udziału w projekcie.**

**Oświadczam, że** (zaznaczyć „x”):

|  |
| --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** | **Tak** | **Nie** |
|  | w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostaję bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy. | **Tak** | **Nie** |
| **2** | **Jestem osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** | **Tak** | **Nie** |
|  | w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostaję bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy. | **Tak** | **Nie** |
| **3** | **Jestem osobą bierną zawodowo** | **Tak** | **Nie** |
|  | w tym osobą uczącą się | **Tak** | **Nie** |
| w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | **Tak** | **Nie** |
| **4** | **Jestem osobą pracującą (w tym rolnikiem):** | **Tak** | **Nie** |
|  | Wykonywany zawód |  |
|  | Zatrudniony w |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja osoby w chwili przystąpienia do projektu :** |  |
| **5** | **Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020** | **Tak** | **Nie** |

|  |
| --- |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE****proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi** |
| **6** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe) | **Tak** | **Nie** | **Odmowa** |
| **7** | Osoba z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe) | **Tak** | **Nie** | **Odmowa** |
| **8** | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | **Tak** | **Nie** |  |
| **9** | Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe) , korzystająca ze świadczeń GOPS | **Tak** | **Nie** | **Odmowa** |

|  |
| --- |
| **IDENTYFIKACJA SPECJALNYCH POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**DOTYCZY NIE DOTYCZY |
| Czy zgłasza Pan/i specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie? |  |

|  |
| --- |
| ***OŚWIADCZENIA*** |
| Ja, niżej Podpisany/a, oświadczam, że: |
| 1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020.
 |
| 1. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Gminy Lubanie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020.
 |
| 1. Oświadczam, że świadoma odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłam karana za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.
 |
| 1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w nim oraz akceptuję warunki Regulaminu.
 |
| 1. Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu w terminie do 4 tygodni oraz do 3 m-cy od dnia zakończenia udziału w projekcie informacji dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej(kopia umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej, zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu, dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej przez co najmniej trzy miesiące, dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne przez co najmniej trzy miesiące prowadzenia działalności gospodarczej).
 |
| 1. Zobowiązuję się do udzielania informacji i wypełnienia ankiet na temat moich losów zawodowych w trakcie trwania oraz po upływie 3 miesięcy od zakończenia realizacji Projektu. Dane te będą wykorzystane do sporządzenia sprawozdania realizacji usługi oraz do oceny rzeczywistych procesów zachodzących na rynku pracy.
 |
| **Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.**……………………………………………… …….…………………………………………………………………………(miejscowość, data) ( podpis kandydata do projektu ) |

**Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kandydat spełnia wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie. | **Tak** | **Nie** |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny |  |