



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „WARMIŃSKO-MAZURSKIE Centrum Kompetencji i Kwalifikacji”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt nr RPWM.02.03.02-28-0003/17 pt. „WARMIŃSKO-MAZURSKIE Centrum Kompetencji i Kwalifikacji” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

Dane uczestnika																					
Nazwisko																					
Imię (Imiona)																					
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
Numer PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>																				
Wiek w latach																					
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)																				
Dane adresowo/kontaktowe – miejsce zamieszkania (w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)																					
Województwo																					
Powiat, gmina																					
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski																				
Adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)																					
Numer telefonu do kontaktu																					
Adres e-mail																					



Dane korespondencyjne	
Województwo	
Powiat, gmina	
Pełen adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	
Szczegóły wsparcia	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
	Wykonywany zawód



<p>W przypadku osób pracujących proszę podać nazwę zakładu pracy, adres zakładu pracy (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnościami – należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności 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.) lub orzeczenie albo inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.). Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
---	--

W poniższym wsparciu oferowanym w ramach projektu, odpowiadającemu na potrzeby pracodawców branż: jachtowej, OZE oraz IT, jako wsparcie dostosowane do moich indywidualnych potrzeb, udzielane w kompleksowej formie kursów/szkożeń, które podniosą moje kompetencje lub kwalifikacje zawodowe wskazuję wsparcie w zawodzie (proszę zaznaczyć – możliwość wyboru wielu):

1.	instalatora systemów fotowoltaicznych	<input type="checkbox"/>
2.	instalatora słonecznych systemów grzewczych	<input type="checkbox"/>
3.	instalatora pomp ciepła	<input type="checkbox"/>
4.	operatora CNC	<input type="checkbox"/>
5.	spawacza TIG	<input type="checkbox"/>
6.	spawacza MAG	<input type="checkbox"/>
7.	programisty aplikacji WEB	<input type="checkbox"/>
8.	programisty Android	<input type="checkbox"/>
9.	programisty aplikacji iOS	<input type="checkbox"/>

Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „WARMIŃSKO-MAZURSKIE Centrum Kompetencji i Kwalifikacji” oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
- Oświadczam, że spełniam wymogi określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „WARMIŃSKO-MAZURSKIE Centrum Kompetencji i Kwalifikacji”, **w szczególności jestem osobą dorosłą (18 lat i więcej), z własnej inicjatywy zainteresowaną podnoszeniem kompetencji i/lub kwalifikacji zawodowych, uczącą się, pracującą lub zamieszkującą, w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego, na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego i nieprowadzącą działalności gospodarczej.**
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



4. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Data

Czytelny podpis Kandydata/ki