

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pt.: „*Kuźnia Kompetencji Kluczowych*” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 realizowanym w ramach Osi Priorytetowej 11 *Wzmocnienie potencjału edukacyjnego*, Działanie 11.4 *Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych*, Poddziałanie: 11.4.3 *Kształcenie ustawiczne*, nr projektu **RPSL.11.04.03-24-0A02/16-00**.

Wszystkie pola formularza należy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI LITERAMI** (elektronicznie lub odręcznie).

Właściwe odpowiedzi proszę zaznaczyć znakiem **X** lub poprzez podkreślenie/pogrubienie lub w inny wyraźny sposób.

Dane uczestnika	I	DANE OSOBOWE		
	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
	4	PESEL		
	5	Data urodzenia		
	6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	7	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)	
*POZIOMY WYKSZTAŁCENIA ISCED				
		POZIOM	WYKSZTAŁCENIE	TYPY SZKÓŁ
		ISCED 0	Niższe niż podstawowe	-
		ISCED 1	Podstawowe	Szkoła podstawowa
		ISCED 2	Gimnazjalne	Gimnazjum
		ISCED 3	Ponadgimnazjalne	Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa
		ISCED 4	Policealne	Szkoły policealne
		ISCED 5	Wyższe	Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)
		ISCED 6	Wyższe	Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat),
		ISCED 7	Wyższe	Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)
		ISCED 8	Wyższe	Studia doktoranckie
Dane kontaktowe	II	ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO		
	8	Ulica		
	9	Nr domu		
	10	Nr lokalu		
	11	Kod pocztowy		
	12	Miejscowość		



13	Kraj	
14	Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski ¹ <input type="checkbox"/> miejski Ilość mieszkańców: <input type="checkbox"/> miasto do 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 200 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 200 tys. mieszkańców
15	Gmina	
16	Powiat	
17	Województwo	
III DANE KONTAKTOWE		
18	Telefon stacjonarny	
19	Telefon komórkowy	
20	Adres poczty elektronicznej (email)	
IV ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wypełnić jedynie gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej – pola 8-17)		
21	Ulica	
22	Nr domu	
23	Nr lokalu	
24	Kod pocztowy	
25	Miejscowość	
V STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
26	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba pracująca ²
27	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek ³ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMSP ⁴ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ⁵ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej ⁶ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej ⁷ <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej ⁸ <input type="checkbox"/> inne
28	Czy jest Pani/Pan zatrudniony na terenie województwa śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy lub Kodeksu Cywilnego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

¹ obszar wiejski obejmuje gminy wiejskie, wiejsko-miejskie z uwzględnieniem części miejskiej oraz miasta do 25 tys. mieszkańców

² W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „osoba pracująca” należy do formularza zgłoszeniowe dołączyć wypełnione zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające formę zatrudnienia w zależności .

³ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, nie zatrudniająca pracowników.

⁴ MMSP - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR; kwalifikator MSP dostępny na <http://kwalifikator.een.org.pl/>

⁵ DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO - przedsiębiorstwo, które zatrudnia minimum 250 pracowników i którego roczny obrót wynosi co najmniej 50 mln EUR a/lub całkowity bilans roczny wynosi co najmniej 43 mln EUR

⁶ ADMINISTRACJA RZĄDOWA - administracja rządowa oraz jej jednostki organizacyjne.

⁷ ADMINISTRACJA SAMORZĄDOWA - administracja samorządowa oraz jej jednostki organizacyjne.

⁸ ORGANIZACJA POZARZĄDOWA - w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.



29	Forma zatrudnienia	<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa agencyjna <input type="checkbox"/> mianowanie <input type="checkbox"/> powołanie <input type="checkbox"/> inna, jaka?	
30	Pełna nazwa przedsiębiorstwa		
31	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny, jaki?	
VI INNE INFORMACJE			
32	Czy zgłasza Pani/Pan chęć uczestniczenia w szkoleniu z własnej inicjatywy celem nabycia, uzupełnienia lub podwyższenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji w obszarze umiejętności ICT (kompetencji cyfrowych)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
33	Czy zgłasza Pani/Pan chęć uczestniczenia w szkoleniu z własnej inicjatywy celem nabycia, uzupełnienia lub podwyższenia umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji w obszarze znajomości języków obcych?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
34	W przypadku chęci wzięcia udziału w kursie językowym proszę wybrać język/języki, których chce się Pani/Pan nauczyć na szkoleniu:	<input type="checkbox"/> język angielski <input type="checkbox"/> język niemiecki <input type="checkbox"/> język francuski	
35	Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podanie informacji
36	Czy jest Pan/i osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
37	Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie



38	Czy jest Pani/Pan osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż w/w)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji											
VII ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE														
39	O projekcie dowiedziałam/ dowiedziałem się z:	<input type="checkbox"/> plakatu informacyjnego <input type="checkbox"/> ulotek informacyjnych <input type="checkbox"/> ogłoszeń w prasie regionalnej <input type="checkbox"/> ogłoszeń w kościele <input type="checkbox"/> mailingu <input type="checkbox"/> Internetu <input type="checkbox"/> przekazu słownego (np. od znajomych, rodziny) <input type="checkbox"/> spotkań informacyjno-rekrutacyjnych <input type="checkbox"/> innych źródeł (jakich?)												
VIII PREFEROWANE MIEJSCA SZKOLENIA														
40	Proszę wskazać preferowane miejsce organizacji szkolenia (3 miejscowości)													
41	Proszę wskazać preferowane terminy realizacji zajęć	<table border="1"> <tr> <td>Godziny</td> <td>16:00-19:00</td> <td>18:00-21:00</td> <td>Inne, jakie?</td> </tr> <tr> <td>Dni robocze</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weekendy</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Godziny	16:00-19:00	18:00-21:00	Inne, jakie?	Dni robocze				Weekendy			
Godziny	16:00-19:00	18:00-21:00	Inne, jakie?											
Dni robocze														
Weekendy														
42	Proszę wskazać preferowane ułatwienia dla osób niepełnosprawnych (np. tłumacz języka migowego) ⁹													

Niniejszym oświadczam że:

- Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr RPSL.11.04.03-24-0A02/16-00 pt.: „*Kuźnia Kompetencji Kluczowych*” i akceptuję jego zapisy oraz wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie.
- Oświadczam, że powracam/nie powracam¹⁰ na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem dziecka.
- Oświadczam, że powracam/nie powracam¹¹ na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka.
- Oświadczam, że podane w formularzu zgłoszeniowym dane są zgodne z prawdą. Zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku przez Organizatora szkoleń, firmy: Centrum Usług Językowych Albion s.c. Podleśny D. Madzia M. oraz Marek Leśniak Centrum Szkoleniowe Masterlang w czasie trwania realizacji, promocji, ewaluacji i archiwizacji projektu „*Kuźnia Kompetencji Kluczowych*”, nr projektu RPSL.11.04.03-24-0A02/16-00 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo zastrzegam, że publikacja wizerunku odbywać się będzie w taki sposób, aby nie wskazywała na powiązanie w szczególności z imieniem i nazwiskiem lub sposobem bezpośredniego kontaktu (bez adresu zamieszkania, numeru telefonu, itp.).
- Zobowiązuję się dokonać wpłaty w kwocie (zaznacz właściwe):
 - 173 zł za kurs j. angielskiego** (60 h zakończonych certyfikacją)
 - 185 zł za kurs języka niemieckiego** (60 h godzin zakończonych certyfikacją)
 - 172 zł za kurs języka francuskiego** (60 h zakończonych certyfikacją)

¹⁰ Niepotrzebne skreślić

¹¹ Niepotrzebne skreślić



na rachunek bankowy projektu: 69 1160 2202 0000 0003 2977 4633 tytułem: **Opłata za kurs j. angielskiego / niemieckiego / francuskiego¹² w projekcie nr WND-RPSL.11.04.03-24-0A02/16 – Imię, nazwisko, miejscowość.**

7. Zobowiązuję się dokonać wpłaty w kwocie (zaznacz właściwe):

- 330 zł za kurs ICT I stopnia** (100 h zakończonych certyfikacją)
- 517,28 zł za kurs ICT II stopnia** (150 h zakończonych certyfikacją)
- 994,95 zł za kurs ICT III stopnia** (300 h zakończonych certyfikacją)

na rachunek bankowy projektu: 69 1160 2202 0000 0003 2977 4633 tytułem: **Opłata za kurs ICT I/II/III stopnia¹³ w projekcie nr WND-RPSL.11.04.03-24-023/16 – Imię, nazwisko, miejscowość.**

8. Nie odbywam kary pozbawienia wolności.

MIEJCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

1. Zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie Kandydata na Uczestnika Projektu (do wypełnienia - jeden wzór, w zależności od rodzaju umowy):
 - a) dla osoby pracującej w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu Pracy (tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), tzn. osoby zatrudnionej **na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.**
 - b) dla osoby zatrudnionej **na podstawie umowy agencyjnej / umowy zlecenie / innej umowy świadczenie usług**
2. Oświadczenie kandydata na Uczestnika Projektu
3. Test językowy z języka angielskiego¹⁴ (uczestnik, który chce rozpocząć naukę od podstaw składa jedynie podpis pod testem - nie wypełnia testu).
4. Test językowy z języka niemieckiego¹⁵ (uczestnik, który chce rozpocząć naukę od podstaw składa jedynie podpis pod testem - nie wypełnia testu).
5. Test językowy z języka francuskiego¹⁶ (uczestnik, który chce rozpocząć naukę od podstaw składa jedynie podpis pod testem - nie wypełnia testu).
6. Test diagnostyczny z zakresu ICT¹⁷ (uczestnik, który chce rozpocząć naukę od podstaw składa jedynie podpis pod testem - nie wypełnia testu).

¹⁴ Jeśli dotyczy

¹⁵ Jeśli dotyczy

¹⁶ Jeśli dotyczy

¹⁷ Jeśli dotyczy



Załącznik 1a:

ZAŚWIADCZENIE od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie kandydata na uczestnika projektu

Zaświadczam, że Pan/Pani.....

(imię i nazwisko, nr PESEL)

zamieszkały/a.....

(adres – ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

jest zatrudniony/zatrudniona na podstawie stosunku pracy* w wymiarze etatu

na czas nieokreślony / określony¹⁸ od do

W

.....
(pełna nazwa przedsiębiorstwa, adres, NIP,REGON)

i wykonuje pracę na terenie województwa.....

(nazwa województwa)

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Osoby Upoważnionej do reprezentowania Przedsiębiorstwa

*osobą pracującą w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu Pracy (tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), tzn. **osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.**

¹⁸ Niepotrzebne skreślić



Załącznik 1b:

ZAŚWIADCZENIE od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie kandydata na uczestnika projektu

Zaświadczam, że Pan/Pani.....
(imię i nazwisko, nr PESEL)

zamieszkały/a.....
(adres – ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

jest zatrudniony/a na podstawie umowy agencyjnej/umowy zlecenie/ innej umowy o świadczenie usług¹⁹, do których zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z późn. zm.) stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło od do
(okres zatrudnienia)

W
(pełna nazwa przedsiębiorstwa, adres, NIP,REGON)

i wykonuje pracę na terenie województwa
(nazwa województwa)

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Osoby Upoważnionej do reprezentowania Przedsiębiorstwa

¹⁹ Niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OSOBY APLIKUJĄCEJ O UDZIAŁ W PROJEKCIE

RPSL.11.04.03-24-0A02/16-00

W związku z chęcią przystąpienia do projektu pn. „*Kuźnia Kompetencji Kluczowych*” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Przesłanką umożliwiającą legalne przetwarzanie moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a) 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
2. W związku z realizacją procesu rekrutacji do niniejszego projektu przetwarzane będą następujące kategorie danych osobowych Uczestnika projektu: dane uczestników (w tym płeć, wiek w chwili przystąpienia do projektu, wykształcenie), miejsce zamieszkania, status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu, niepełnosprawność.
3. Moje dane będą przetwarzane od dnia podpisania niniejszego oświadczenia do 30.06.2020 r. lub wycofania zgody.
4. Administratorem danych osobowych jest Centrum Usług Językowych ALBION s.c. Damian Podleśny, Marcin Madzia z siedzibą w Rybniku pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 1, 44-200 Rybnik
5. Moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu;
6. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez:
 - 1) **Centrum Usług Językowych ALBION S.C. Damian Podleśny, Marcin Madzia z siedzibą w Rybniku pod adresem: ul. Powstańców Śląskich 1, 44-200 Rybnik**
 - 2) **Marek Leśniak Centrum Szkoleniowe Masterlang z siedzibą w Krakowie pod adresem: ul. Torfowa 3/1, 30-384 Kraków**
 - 3) Instytucję Zarządzającą - Zarząd Województwa Śląskiego, w którego imieniu działa Wydział Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – dane osobowe@slaskie.pl
 - 4) Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Katowicach z siedzibą w Katowicach, ul. Kościuszki 30; kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – iod@wup-katowice.pl
 - 5) instytucje kontrolne upoważnione do przetwarzania danych osobowych na podstawie odrębnych przepisów prawa.
 - 6) O powierzeniu danych osobowych do przetwarzania innym podmiotom Uczestnik zostanie poinformowany w drodze pisemnej.
7. Mam prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Mam prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku podejrzenia naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.



10. Wymienione prawa będą traktowane w sposób określony w artykułach 13 do 19 Rozdziału III: „Prawa osoby, której dane dotyczą” rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
11. Podanie moich danych osobowych, o których mowa w pkt 2, jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
12. Udostępnione dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA