**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dla uczestników projektu „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | **LP.** | **Nazwa** |  | | | | | | | | | | |
| **1** | **Imię (imiona)** |  | | | | | | | | | | |
| **2** | **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **3** | **Płeć** | 🞏 Kobieta 🞏 Mężczyzna | | | | | | | | | | |
| **4** | **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **5** | **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **Nr i seria dowodu osobistego** |  | | | | | | | | | | |
| **7** | **Wykształcenie** | 🞏 Brak  🞏 Podstawowe  🞏 Gimnazjalne  🞏 Ponadgimnazjalne  🞏 Pomaturalne  🞏 Wyższe | | | | | | | | | | |
| **Zawód wyuczony** |  | | | | | | | | | | |
| **8** | **Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną** | Dzieci do lat 7 🞏 Tak 🞏 Nie  Opieka nad osobą zależną 🞏 Tak 🞏 Nie | | | | | | | | | | |
| **Stopień niepełnosprawności:** | 🞏 lekki  🞏 umiarkowany  🞏 znaczny  Z tytułu (diagnoza) ……………………………………………….. | | | | | | | | | | |
| **Orzeczenie o niezdolności do pracy:** | 🞏 całkowita niezdolność z koniecznością opieki innej osoby  🞏 całkowita niezdolność do pracy  🞏 częściowa niezdolność do pracy | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | **9** | **Adres zameldowania wraz z kodem pocztowym** | Miejscowość/ kod pocztowy  Ulica i nr domu/lokalu | | | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** | Miejscowość/ kod pocztowy  Ulica i nr domu/lokalu  🞏 adres korespondencyjny taki sam jak zameldowania | | | | | | | | | | |
| **10** | **Obszar** | 🞏 Obszar miejski  *Gminy miejskie i miasta powyżej 25 tyś. mieszkańców.* | | | | | | | | | | |
| 🞏 Obszar wiejski  *Gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tyś. mieszkańców.* | | | | | | | | | | |
| **11** | **Województwo** |  | | | | | | | | | | |
| **12** | **Powiat** |  | | | | | | | | | | |
| **13** | **Telefon stacjonarny** |  | | | | | | | | | | |
| **14** | **Telefon komórkowy** |  | | | | | | | | | | |
| **15** | **Adres poczty elektronicznej** |  | | | | | | | | | | |
| **Dane dodatkowe** | **16** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | Bezrobotna (poszukująca pracy)🞏 Tak 🞏 Nie  w tym:  🞏 osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat. | | | | | | | | | | |
| Nieaktywny zawodowo 🞏 Tak 🞏 Nie  w tym:  🞏 osoba ucząca się lub kształcąca się | | | | | | | | | | |
| **17** | **Korzysta Pan/Pani z PO Pomocy Żywnościowej** | 🞏 Tak 🞏 Nie | | | | | | | | | | |
| **18** | **Dodatkowe kwalifikacje** | Obsługa komputera:  🞏 podstawowa, 🞏 dobra, 🞏 biegła, 🞏 nie obsługuję | | | | | | | | | | |
| Znajomość języków obcych:  Angielski 🞏 podstawowa 🞏 średnia 🞏 biegła  Niemiecki 🞏 podstawowa 🞏 średnia 🞏 biegła  Inny …................ 🞏 podstawowa 🞏 średnia 🞏 biegła | | | | | | | | | | |
| Inne:  ……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **19** | **Posiadane doświadczenie w branży gastronomicznej** | 🞏 Tak 🞏 Nie  Jakie?  ……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **20** | **Informacja o dotychczas podejmowanych działaniach na rzecz znalezienia zatrudnienia/ o dotychczasowym przebiegu ścieżki zawodowej** | 🞏 podejmowałem/am nieudane próby/próbę poszukiwania pracy  Przyczyna niepowodzeń/nia *(proszę krótko opisać)*:  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  🞏 nigdy dotąd nie pracowałem/am i nie podejmowałem/am prób znalezienia pracy  Przyczyna niepodejmowania prób znalezienia pracy *(proszę krótko opisać)*:  ………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
|  | **21** | **Umiejętności i zainteresowania** | ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **22** | **Preferowane stanowisko pracy** | 🞏 Pracownik kuchni  🞏 Pracownik sali restauracyjnej | | | | | | | | | | |
| **23** | **Dane osoby do kontaktu**  **Imię, nazwisko** | **Imię, nazwisko:** | | | | | | | | | | |
| **Telefon:** | | | | | | | | | | |
| **Adres:** | | | | | | | | | | |
| **24** | **Miejsce leczenia (PZP)** |  | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko lekarza prowadzącego** |  | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | |
| **25** | **Data i czytelny podpis kandydata** |  | | | | | | | | | | |
| **26** | **Uwagi Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |
| **Data i czytelne podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |
| **24** | **Decyzja Komisji Rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu kandydata do projektu** | ­­ | | | | | | | | | | |
| **Data i czytelne podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej** |  | | | | | | | | | | |

**OŚWIADCZENIE W PRZEDMIOCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI**

**ZA SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ**

W związku z przystąpieniem do rekrutacji do Projektu pt. „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 **oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy. Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.**

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania realizatora projektu „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu” o jakichkolwiek zmianach dotyczących moich danych zawartych w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym.

Przyjmuję do wiadomości, że Projektodawca – Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne "JA-TY-MY", ul. 28 Pułku Strzelców Kaniowskich 71/73, 90-558 Łódź– może wykorzystać przysługujące mu prawo dochodzenia roszczeń od uczestnika Projektu w drodze powództwa cywilnego w przypadku nieuprawnionego zakwalifikowania do uczestnictwa w Projekcie w oparciu o oświadczenie zawierające stwierdzenia niezgodne z prawdą oraz do uznania wydatków poniesionych w związku z uczestnictwem za niekwalifikowane.

Łowicz, dn.,……………………….. …………………………………………………

Czytelny podpis kandydata

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do rekrutacji do projektu pn. „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

*1)* administratorem moich danych osobowych jest Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-20120, mający siedzibę przy ul. Wólczańska 49 w Łodzi.

*2)* podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt. 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;

3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;

4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania WUP w Łodzi ul. Wólczańska 49 oraz beneficjentowi realizującemu projekt – Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne "JA-TY-MY" z siedzibą w Łodzi, ul. 28 Pułku Strzelców Kaniowskich 71/73;

5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna

z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

................................................................ .....................................................................

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika Projektu)*

**DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Deklaracja:**

Ja, niżej podpisany/a deklaruję chęć udziału w projekcie „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu”.

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany   
   ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Wyrażam zgodę na udział w ewaluacyjnych badaniach ankietowych, jakie odbędą się   
   w trakcie trwania projektu i po zakończeniu mojego udziału w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na kontakt z lekarzem prowadzącym jeżeli zajdzie taka potrzeba przez osoby opiekujące się moją osobą w trakcie uczestnictwa w projekcie „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu”
4. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody **(\*)** na zamieszczenie mojego wizerunku/zdjęć mojej osoby na stronie internetowej [www.wsparciespoleczne.pl](http://www.wsparciespoleczne.pl) oraz w/na innych materiałach promocyjnych projektu „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu”, a także w/na innych materiałach, przygotowywanych przez realizatora projektu.
5. Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych działaniach   
   i priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (np.: udział w projekcie realizowanym przez inną instytucję).
6. Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem rekrutacji beneficjentów ostatecznych   
   w projekcie „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
7. Oświadczam, że jestem osobą nieaktywną zawodowo, tzn. nie wykonuję żadnej odpłatnej pracy na podstawie umowy o pracę i/lub umowy cywilno-prawnej, oraz nie mam na swoje nazwisko zarejestrowanej, obecnie funkcjonującej, działalności gospodarczej i/lub nie prowadzę działalności zarobkowej w innej formie.

..................................................................... …………………………………………………………

*(czytelny podpis Uczestnika Projektu) (miejscowość i data zgodnie z datą umowy o pracę)*

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Ja, niżej podpisana/y dobrowolnie, z własnej inicjatywy deklaruję chęć uczestnictwa   
w projekcie „Zakład Aktywności Zawodowej ZAZ w Łowiczu” i odbycia szkolenia stanowiskowego oraz podjęcia pracy w Zakładzie Aktywności Zawodowej, począwszy od dnia………………………………….

Jednocześnie, pouczona/y i świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, ponieważ (\*):

* Zamieszkuję na terenie powiatu łowickiego
* Jestem osobą niepełnosprawną, posiadającą znaczny vs. umiarkowany stopień niepełnosprawności (posiadam aktualne orzeczenie)
* Jestem osobą nieaktywną zawodowo
* Spełniam kategorii wiekowej powyżej 18 r. ż.

W związku z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie zobowiązuję się:

* + - * do uczestnictwa w szkoleniu oraz podjęcia pracy Zakładzie Aktywności Zawodowej,
      * do uczestnictwa we wszystkich, przewidzianych programem projektu, zajęciach rehabilitacyjnych oraz innych aktywnościach,
      * do udziału w badaniach ankietowych przewidzianych w ramach projektu,
      * do udostępnienia moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji projektu

................................................................ .....................................................................

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika Projektu )*

(\*) *wła*ś*ciwe zaznaczy*ć