*Załącznik nr 1*

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA OPERATOR: Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Prywatnych**  |
| Data i godzina wpływu: |  |
| ID wsparcia |  |

**Formularz zgłoszeniowy**

**do projektu „BUR w działaniu. Edukacja przez całe życie”**
nr Projektu: FEWM.06.05-IZ.00-0203/23

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/-CZKI** |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| Płeć: | [ ] kobieta | [ ] mężczyzna |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Obywatelstwo:*(zaznacz jedną odpowiedź)* | [ ] obywatelstwo polskie[ ] brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE[ ] brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec |
| Wykształcenie:*(zaznacz jedną odpowiedź)* | [ ] średnie I stopnia lub niższe[[1]](#footnote-1) (ISCED 0-2)[ ] ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne[[2]](#footnote-2) (ISCED 4) [ ] wyższe[[3]](#footnote-3) (ISCED 5-8) |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| Osoba pracująca*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba prowadząca działalność na własny rachunek[ ] osoba pracująca w administracji rządowej[ ] osoba pracująca w administracji samorządowej *(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)*[ ] osoba pracująca w organizacji pozarządowej[ ] osoba pracująca w MMŚP[ ] osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie[ ] osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra pedagogiczna)*[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra niepedagogiczna)*[ ] osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra zarządzająca)*[ ] osoba pracująca na uczelni[ ] osoba pracująca w instytucie naukowym[ ] osoba pracująca w instytucie badawczym[ ] osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz[ ] osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym[ ] osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ] osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej[ ] inne |
| Osoba bierna zawodowo:*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ] osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ] inne |
| Osoba bezrobotna:*(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)* | [ ] osoba długotrwale bezrobotna [ ] inne |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/-CZKI** |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica (*numer domu/numer mieszkania):* |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Kraj: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **DANE DODATKOWE - status Uczestnika/-czki** |
| Osoba obcego pochodzenia[[4]](#footnote-4) | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba państwa trzeciego[[5]](#footnote-5) | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ] TAK | [ ] NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)[[6]](#footnote-6) | [ ] TAK[ ] NIE[ ] Odmawiam podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami[[7]](#footnote-7) | [ ] TAK[ ] NIE[ ] Odmawiam podania informacji |
| **WSPARCIE DODATKOWE** | [ ] TAK |

Jednocześnie,

[ ]  Oświadczam, iż zapoznałem/-am się i akceptuję treść regulaminu Projektu „BUR
w działaniu. Edukacja przez całe życie” realizowanego przez Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Prywatnych z siedzibą w Olsztynie przy ul. Artyleryjskiej 3k, 10-165 Olsztyn, wpisaną w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem KRS 00000171021, REGON 510208473, NIP 7393361588.

[ ]  Deklaruję chęć udziału w Projekcie realizowanym przez ww. instytucję w ramach Działania FEWM.06.05. Edukacja przez całe życie.

[ ]  Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która ukończyła 18 rok życia.

[ ]  Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą i/lub pracującą i/lub pobierającą naukę na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

[ ]  Oświadczam, że NIE jestem zarejestrowany/-a w Centralnej Ewidencji i Informacji
o Działalności Gospodarczej (CEIDG) ani w żadnym innym rejestrze przedsiębiorców
i NIE prowadzę działalności gospodarczej.

[ ]  Oświadczam, że NIE korzystam, ze wsparcia u innego Operatora w ramach tego samego działania, w tym samym czasie.

[ ]  Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

[ ]  Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021–2027.

[ ]  Oświadczam, że jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego i jednocześnie oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

[ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach do ww. Projektu w celu przeprowadzenia naboru i udzielenia wsparcia.

[ ]  Zostałem/-am poinformowany/-a, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić zakwalifikowania do udziału w Projekcie.

[ ]  Zobowiązuję się do niezwłocznego, w terminie 5 dni, powiadomienia Biura Projektu
(ul. Artyleryjska 3K, 10-165 Olsztyn; e-mail: operator@wmzpp.org) o zmianie danych, które decydują o kwalifikowalności do Projektu.

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

*miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu*

**Do formularza zgłoszeniowego załączam:**

[ ]  Zaświadczenie o miejscu zamieszkania lub siedzibie do celów podatkowych (CFR-1) lub inne dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania na terenie woj. warmińsko-mazurskiego[[8]](#footnote-8).

[ ]  Zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę.

[ ]  Kopię legitymacji szkolnej/studenckiej lub zaświadczenie z placówki oświatowej, potwierdzające pobieranie nauki.

[ ]  Kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

[ ]  Załącznik nr 2 do regulaminu[[9]](#footnote-9) **-** Informacja dotycząca usługi rozwojowej, *jeżeli dotyczy*

[ ]  Załącznik nr 6 do regulaminu - Oświadczenie Uczestnika/-czki Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych.

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

*miejscowość i data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu*

1. Wykształcenie niższe niż podstawowe; podstawowe - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej; gimnazjalne- kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykształcenie ponadgimnazjalne - wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe; policealne- kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wykształcenie wyższe - pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Osoby obcego pochodzenia** to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów (nie dotyczy osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych). [↑](#footnote-ref-4)
5. **Osoby państw trzecich**, to osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, a także bezpaństwowcy zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa. [↑](#footnote-ref-5)
6. **Osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych**. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku wyboru opcji „TAK’ wymagane orzeczenie o niepełnosprawności. W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024 poz. 44 z późn. zm.), osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2022 poz. 2123 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-7)
8. Sugerujemy, aby w przekazywanych dokumentach ograniczyć się do wskazania wyłącznie danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia naboru i udzielenia wsparcia. Jednocześnie informujemy, że Administratorem danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Prywatnych z siedzibą w Olsztynie przy ul. Artyleryjskiej 3k, 10-165 Olsztyn. [↑](#footnote-ref-8)
9. Jeżeli załącznik nr 2 zostanie złożony na etapie rundy rekrutacyjnej, usługa rozwojowa nie może rozpocząć się wcześniej niż 30 dni roboczych od dnia złożenia załącznika. [↑](#footnote-ref-9)