



WYPEŁNIA OPERATOR: Warmińsko-Mazurski Związek Pracodawców Prywatnych	
Data i godzina wpływu:	
Numer ID zgłoszenia	

**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:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL:	
Data urodzenia:	
Obywatelstwo: <i>(zaznacz jedną odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
Wykształcenie: <i>(zaznacz jedną odpowiedź)</i>	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe ¹ (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne ² (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe ³ (ISCED 5-8)
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba pracująca <i>(zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)</i>	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <i>(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)</i> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP

¹Wykształcenie niższe niż podstawowe; podstawowe - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej; gimnazjalne- kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej.

²Wykształcenie ponadgimnazjalne - wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe; policealne- kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.

³Wykształcenie wyższe - pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym.



	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (<i>kadra pedagogiczna</i>) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (<i>kadra niepedagogiczna</i>) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (<i>kadra zarządzająca</i>) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo: (zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
Osoba bezrobotna: (zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/-CZKI	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica (<i>numer domu/numer mieszkania</i>):	
Kod pocztowy:	
Kraj:	



Telefon kontaktowy:	
E-mail:	

DANE DODATKOWE - status Uczestnika/-czki		
Osoba obcego pochodzenia ⁴	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego ⁵	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) ⁶	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	
Osoba z niepełnosprawnościami ⁷	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	
WSPARCIE DODATKOWE	<input type="checkbox"/> 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 z własnej inicjatywy zgłaszam się do Projektu i chcę podnieść swoje kompetencje/kwalifikacje.
- Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która ukończyła 18 rok życia.

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).

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.

⁶**Osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych.** Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszości: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

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.)



- 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, tj. figuruje w Centralnym Rejestrze Podmiotów Krajowej Ewidencji Podatników jako osoba prowadząca działalność gospodarczą .
- 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.
- 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.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

- zaświadczenie z Urzędu Skarbowego**, że Uczestnik/-czka Projektu nie figuruje w Centralnym Rejestrze Podmiotów Krajowej Ewidencji Podatników jako osoba prowadząca działalność gospodarczą – obligatoryjnie.
- Zaświadczenie o miejscu zamieszkania lub siedzibie do celów podatkowych (CFR-1) lub inne dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania na terenie woj. warmińsko-mazurskiego⁸-*(jeśli dotyczy)*
- Zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę - *(jeśli dotyczy)*
- Zaświadczenie z placówki oświatowej, potwierdzające pobieranie nauki - *(jeśli dotyczy)*

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.



- Kopię orzeczenia o niepełnosprawności - *(jeśli dotyczy)*
- Załącznik nr 2 do regulaminu⁹ - Informacja dotycząca usługi rozwojowej - *(jeśli dotyczy)*
- Załącznik nr 6 do regulaminu - Oświadczenie Uczestnika/-czki Projektu dotyczące przetwarzania danych osobowych – obligatoryjnie.
- Załącznik nr 8 do regulaminu – Oświadczenie – obligatoryjnie.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu

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.