**WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy”**

Aktualizacja 03.03.2021

**Wypełnia kadra projektu:**

Data i miejsce wpływu wniosku zgłoszeniowego……………………………………………………………….……

Podpis osoby przyjmującej wniosek ………………………………………………………………..……………………...…

**Wypełnia osoba ubiegająca się o udział w projekcie:**

|  |
| --- |
| **DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **Nazwisko:**………..……………………………. | **Imię/ Imiona:**………………………………… | **Płeć:*** Kobieta
* Mężczyzna
 |
| **Data, miejsce i urodzenia:**………………………………………………………………..………… |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL:** |
| **Adres zamieszkania:**Ulica:....................................nr domu:…………………….nr lokalu:………………………miejscowość:………………….kod pocztowy:……………….gmina:………………….powiat:….…………….województwo:….……………………….* obszar miejski (miasta, gminy miejskie oraz część miejska gminy miejsko - wiejskiej)
* obszar wiejski (gminy wiejskie, część wiejska gminy miejsko-wiejskiej)
 | **Dane kontaktowe:**Numer telefonu:………………………………………………… Adres poczty elektronicznej (e-mail):…………………………………………………….. |
| **Adres do korespondencji***(wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zameldowania)*………………………………….…………………..……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Posiadane wykształcenie:*** wyższe (ISCED 5-8)
* policealne (ISCED 4)
* ponadgimnazjalne (ISCED 3)
* gimnazjalne ( ISCED 2)
* podstawowe (ISCED 1)
* niższe niż podstawowe (ISCED 0)
 |

|  |
| --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** |
| Oświadczam, że na dzień składania wniosku (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy): |
| **Jestem osobą pracującą:**Jeśli tak:Pełna nazwy pracodawcy (firmy/ instytucji):………………………………………………………………………………………………………………….Zawód:………………………………………………………………………………………………………………….Typ zatrudnienia: * Os. Pracująca w administracji rządowej
* Os. Pracująca w administracji samorządowej
* Os. Pracująca w MMŚP
* Os. Pracująca w organizacji pozarządowej
* Os. Prowadząca działalność na własną rękę
* Os. Pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 | * TAK
* NIE
 |
| **Jestem osobą bierną zawodowo:**Jeśli tak:* Os. Ucząca się
* Os. nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* inne
 | * TAK
* NIE
 |
| **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracyJeśli tak: * Długotrwale
* Inne
 | * TAK
* NIE
 |
| **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracyJeśli tak:* Długotrwale
* Inne
 | * TAK
* NIE
 |
| **Jestem osobą uczącą się lub kształcącą:**w przypadku osób, które nie zamieszkują na terenie województwa świętokrzyskiego, ale uczą się na terenie województwa świętokrzyskiego, proszę wpisać miejsce edukacji:………………………………….……………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. | * TAK
* NIE
 |
| **POZOSTAŁE DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA PROJEKTU NIEZBĘDNE DO POMIARU WSKAŹNIKÓW** |
| Oświadczam, że na dzień składania wniosku (proszę zaznaczyć kategorię, która Pana/ Pani dotyczy): |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami (jeśli tak, proszę dodatkowo zaznaczyć stopień niepełnosprawności):* lekki
* umiarkowany
* znaczny

Jestem osobą z niepełnosprawnościami (jeśli tak, proszę dodatkowo o wypełnienie załącznika nr 1 Ankieta dotycząca specyficznych potrzeb szkoleniowych osób z niepełnosprawnościami.) | * TAK
* NIE
 |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | * TAK
* NIE
* ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
 |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK
* NIE
* ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
 |
| Jestem osobą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | * TAK
* NIE
* ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
 |
| Jestem osobą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | * TAK
* NIE
* ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
 |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK
* NIE
* ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
 |
| **DEKLARACJA UDZIAŁU W KURSIE** |
| **Jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniu (dany kandydat może wziąć udział w jednej formie wsparcia):*** **Kurs spawania metodą TIG**
* **Kurs spawania metodą MIG/MAG**
* **Kurs prawa jazdy kategoria C**
* **Kurs prawa jazdy kategoria C+E**
* **Kurs – operator CNC**
* **Kurs kadry i płace**
* **Kurs elektryk budowlany ze specjalnością Montera Systemów Fotowoltaicznych**
* **Kurs kwalifikacji wstępnej przyspieszonej dla kandydatów na kierowców zawodowych**
* **Kurs księgowości I stopnia**

 Dla całej grupy beneficjentów zaplanowano także dodatkowo do każdego wybranego kursu, moduł szkoleniowy w zakresie BHP wraz z elementami ochrony środowiska w miejscu pracy (14 godzin/os.) Natomiast dla osób powyżej 50 roku życia, oraz o niskich kwalifikacjach i bezrobotnych zostanie dodatkowo przeprowadzony moduł w zakresie przedsiębiorczości i kultury zawodu z elementami nt. równości szans (21 godzin/os.) |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie zapotrzebowania na udział w danym kurs (np. możliwość znalezienia zatrudnienia, podniesienie kwalifikacji, utrzymanie zatrudnienia, awans zawodowy)** *…………………..……………………………………………………………………………………………………………………………**…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………**…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………**…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..**…………………..……………………………………………………………………………………………………………………………**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..………………………………………………………………………………………………………………………….**…………………..…………………………………………………………………………………………………………………………….* |

**Ja niżej podpisany/a oświadczam i przyjmuję do wiadomości, że:**

* Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki. Jednocześnie stwierdzam, iż zgodnie z wymaganiami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w w/w projekcie.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt pn. „Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 i realizowany jest przez ARR na podstawie umowy z Województwem Świętokrzyskim pełniącym rolę Instytucji Zarządzającej
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020;
* W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie, zobowiązuje się do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie przekazać beneficjentowi dane dotyczące moje statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
* Nie korzystam równolegle z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Nie mam przeciwskazań zdrowotnych do udziału w projekcie.
* Zgodnie z przepisami, o których mowa w art. 6 ust.1 lit. C oraz art.9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne do realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 (RPOWŚ 2014-2020)
* Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) zawartych w niniejszym wniosku (zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz właściwymi krajowymi przepisami z zakresu ochrony danych osobowych), do celów związanych z realizacją i promocją projektu „Wykwalifikowany specjalista równa się sukces zawodowy”, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez ARR z obowiązków sprawozdawczych z realizacji projektu wobec Instytucji Zarządzającej. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie w/w danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących w/w informacje przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usług, w których brałem/am udział, monitoringu oraz ewaluacji projektu;
* Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
* Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Starachowicach dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z realizowanym Projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego;
* Moja zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz na wykorzystywanie i rozpowszechnianie wizerunku nie jest ograniczona terytorialnie i czasowo;
* Jestem świadomy/a, że Zgłoszenie uczestnictwa w projekcie nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
* Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy zaświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………… | …………………… | ……..….…………………………………. |
| Miejscowość | Data | Czytelny podpis Kandydata |