



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kształcenie zawodowe na sześć!”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA NAUCZYCIELA
DO PROJEKTU: „KSZTAŁCENIE ZAWODOWE NA SZEŚĆ!”
NR: RPSW.08.05.01-26-0041/19**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:

Data wpływu Formularza Zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE

Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL: _____	Obywatelstwo: _____

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

DANE KONTAKTOWE

Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____
-----------------------	---------------------



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwie zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	Ponadgimnazjalne: <input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia ogólna <input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia zawodowa <input type="checkbox"/> ukończona szkoła zasadnicza zawodowa
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwie zaznaczyć):

1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy¹: TAK NIE

W tym jestem osobą długotrwale bezrobotną: TAK NIE

3. Jestem osobą bierną zawodowo² TAK NIE

W tym osobą uczącą się (uczestniczącą w kształceniu formalnym, tj. uczęszczającą do szkoły/placówki kształcenia formalnego, obowiązkowego) TAK NIE

W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu TAK NIE

4. Jestem osobą pracującą³ TAK NIE

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność na własny rachunek
<input type="checkbox"/> inne		

¹ Osoba bezrobotna- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

² Osoby bierne zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotną). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna.

³ Osoby pracujące- osoby, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków; osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np.: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa, architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze, rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować, osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach); osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.



w związku z powyższym wykonuję następujący 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"/> pracownik instytucji rynku pracy |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | <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? _____ | |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji): _____

POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):

1. Jestem nauczycielem pracującym na terenie województwa świętokrzyskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego w ZESPOLE SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE TAK NIE

2. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego TAK, nie korzystam z tego samego typu wsparcia NIE

3. Jestem osobą z niepełnosprawnością TAK NIE
W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność.

4. Mój staż pracy wynosi:
 1-3 lata
 4-8 lat
 9 lat lub więcej niż 9 lat

5. Ilość odbytych przez mnie kursów/ szkoleń/studiów w ciągu ostatnich 3 lat to _____ kursów, szkoleń bądź studiów (należy wpisać ilość kursów, szkoleń, studiów)

6. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej/ migrantem/ osobą obcego pochodzenia TAK NIE

7. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE

8. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK NIE
W przypadku osoby zamieszkującej obszary wiejskie należy zaznaczyć odpowiedź TAK



WYBRANY SPOSÓB POINFORMOWANIA O WYNIKACH REKRUTACJI:

Wnioskuje o poinformowanie mnie o wynikach rekrutacji w następujący sposób:

- telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu
- listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

INFORMACJA O ZAINTERESOWANIU KURSAMI W PROJEKCIE

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a następującym kursem realizowanym w ramach projektu

- Kurs Innowacje w nauczaniu
- Kurs obsługi programu Corel Draw
- Kurs obsługi programu AutoCad
- Kurs baristyczny I stopnia
- Kurs kelnerski I stopnia
- Kurs cukierniczy
- Kurs Języka angielskiego (język zawodowy- branżowy) metodą Collina Rose

Wypełnia wyłącznie osoba zainteresowana kursem z zakresu języka angielskiego:

W związku z zainteresowaniem udziałem w kursie z zakresu języka angielskiego oświadczam, iż jestem nauczycielem uczącym w ZESPOLE SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE na przynajmniej na jednym z kierunków obejmowanych wsparciem w projekcie, tj. na kierunku: Technik ekonomista/ rachunkowości i/lub Technik żywienia i usług gastronomicznych i/lub Technik organizacji reklamy i/lub Technik informatyk i/lub Technik geodezji. TAK NIE

POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kształcenie zawodowe na sześć!”, numer projektu: RPSW.08.05.01-26-0041/19), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Kształcenie zawodowe na sześć!” (numer projektu: RPSW.08.05.01-26-0041/19) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

Data i czytelny podpis: _____

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kształcenie zawodowe na sześć!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: _____



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kształcenie zawodowe na sześć!” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego dla zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, 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 dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt- POWIAT WŁOSZCZOWSKI/ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE, ul. Koniecpolska 40, 29-100 Włoszczowa oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- PROJECT HUB SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Cienistej 3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.



- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Kształcenie zawodowe na sześc!” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez POWIAT WŁOSZCZOWSKI/ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 2 IM. HETMANA STEFANA CZARNIECKIEGO WE WŁOSZCZOWIE dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych związanych z niniejszym projektem i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Miejscowość i data: _____ Czytelny podpis: _____

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)– zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata- dotyczy osób niepełnosprawnych składających formularz zgłoszeniowy