**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU  
PT.  *„Aktywność szansą na lepsze jutro III”***

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem rekrutacji w projekcie*

***„Aktywność szansą na lepsze jutro III”***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)** | **Fundacja Gospodarcza „Pro Europa”** |
| **Tytuł projektu** | **„Aktywność szansą na lepsze jutro III”** |
| **Priorytet** | Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) |
| **Działanie** | 5.11 Aktywne włączenie społeczne |
| **Zakres interwencji** | Metody integracji z rynkiem pracy oraz powrotu na rynek pracy osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji |
| **Nr projektu** | Nr FEPM.05.11-IZ.00-0007/23 |
| **Okres realizacji** | **01.04.2024 – 28.02.2026 r.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu | |
| Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ) |  |
| Imię i nazwisko kandydata do projektu |  |
| Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

*UWAGA:*

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony; jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres: Fundacja Gospodarcza Pro Europa ul. Bernarda Milskiego 1/51, 80-809 Gdańsk, lub Partnera MOPS Kwidzyn Grudziądzka 6, 52-500 Kwidzyn. Zeskanowane dokumenty można przesłać na adres: [szkolenia@fundacja-proeuropa.org.pl](mailto:szkolenia@fundacja-proeuropa.org.pl) lub sekretariat@mopskwidzyn.pl. Dla dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina).
4. Organizator zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**Oświadczenie Kandydata na Uczestnika projektu:**

**wyrażam/ nie wyrażam\*** zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym przez realizatora projektu: ***„Aktywność szansą na lepsze jutro III”***w tym danych wrażliwych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a-c i art. 9 ust. 2 lit. a, f, g Rozporządzenia 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 rozdziałem **18**[ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (dalej ustawy wdrożeniowej)](https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/ustawa-wdrozeniowa-2021-2027/).

Celem zbierania i przetwarzania danych osobowych jest procedura rekrutacyjna (w tym ocena kwalifikowalności do udzielenia wsparcia w ramach projektu ***„Aktywność szansą na lepsze jutro III”***; w celu monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w FEP 2021-2027). Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Gospodarcza Pro Europa, ul. Bernarda Milskiego 1/51, 80-809 Gdańsk. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w procedurze rekrutacyjnej. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych. Mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

……...………………….........……………………..…..

data i czytelny podpis Kandydata

\*niewłaściwe skreślić

**INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia (miasto  i województwo) |  | | | | | | |
| Płeć | Kobieta | | | Mężczyzna | | | |
| Seria i nr dowodu osobistego |  | | Dowód osobisty wydany przez: | | |  | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| Wykształcenie | brak  podstawowe (poziom ISCED 1)  gimnazjalne (poziom ISCED 2)  ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3)  policealne (poziom ISCED 4)  wyższe (poziom ISCED 5-8) | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | |
| Ulica: |  | | | | | | |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: | | | |  | |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: | | | |  | |
| Gmina: |  | Powiat: | | | |  | |
| Województwo: |  | | | | | | |
| Obszar zamieszkania: | miejski | | | | wiejski | | |
| Telefon: |  | | | | | | |
| Adres e-mail: |  | | | | | | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.) | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo |  | | | | | | |
| **Status kandydata** | | | | | | | |
| **Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie?** | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu**  **do mieszkań?** | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami?** | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?**  a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym);  b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;  c) zwolniona z zakładu karnego; | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą obcego pochodzenia ?** | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą z krajów trzecich ?** | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Status na rynku pracy** | | | | | | | |
| **Czy jest Pan(i)** osobą pracującą? | | | | | | | TAK  NIE |
| **Jeżeli TAK**, to proszę **podać:** | | | | | | | |
| **ZAWÓD:** | | | | | | | |
| **MIEJSCE PRACY I ADRES:** | | | | | | | |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bierną zawodowo? | | | | | | | TAK  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezrobotną zarejestrowanąurzędzie pracy? | | | | | | | TAK  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą długotrwale bezrobotną? | | | | | | | TAK  NIE |

**II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie dla osób z niepełnosprawnościami**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne )** | 1. Osoba posiadająca status osoby z niepełnosprawnością  TAK  NIE |
| 2. Osoba zamieszkująca w rozumieniu KC lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa Pomorskiego (Miasto Kwidzyn)  TAK  NIE |
| **Kryterium uczestnictwa (dodatkowe)** | 1. Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego  TAK  NIE |
| 2. Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności  TAK  NIE |
| 3. Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną  TAK  NIE |
| 4. Osoba korzystająca z programu FE PŻ  TAK  NIE |
| 5. Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej  TAK  NIE |
|  | 6. Osoba zamieszkała na obszarze, na których brakuje połączeń transportem publicznym  TAK  NIE |
|  | 7. Osoba która opuściła jednostkę penitencjarną w okresie ostatnich 12 m-cy  TAK  NIE |

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych   
w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem   
z projektu ***„Aktywność szansą na lepsze jutro III”*** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

*……..…….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

**MIEJSCE NA ZGŁASZANIE SPECJALNYCH POTRZEB**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie dla pozostałych osób**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne )** | 1. Osoba zamieszkująca w rozumieniu KC lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa Pomorskiego (Miasto Kwidzyn)  TAK  NIE |
| **Kryterium uczestnictwa (dodatkowe)** | 1. Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego  TAK  NIE |
| 2. Osoba długotrwale bezrobotna  TAK  NIE |
| 3. Osoba korzystająca z programu FE PŻ  TAK  NIE |
| 4. Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej  TAK  NIE |
|  | 5. Osoba zamieszkała na obszarze, na których brakuje połączeń transportem publicznym  TAK  NIE |
|  | 6. Osoba która opuściła jednostkę penitencjarną w okresie ostatnich 2 m-cy  TAK  NIE |

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych   
w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem   
z projektu ***„Aktywność szansą na lepsze jutro III”*** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

*……..…….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

**MIEJSCE NA ZGŁASZANIE SPECJALNYCH POTRZEB**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego:**

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem „X”) dołączonych do Formularza rekrutacyjnego.

Załączniki składane są w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo w postaci urzędowo poświadczonego, zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, odpisu lub wyciągu z dokumentu; mogą być składane także w postaci kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA DOKUMENTU** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania ( np.: dokument meldunkowy, umowa najmu lokalu, decyzja o przyznaniu zasiłku, faktura/ rachunek z adresem itp.) |  |  |
| 2 | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia dla osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (jeśli dotyczy) |  |  |
| 3 | Zaświadczenie / oświadczenie potwierdzające posiadanie statusu osoby doświadczającej wielokrotnego wykluczenia |  |  |
| 4 | Zaświadczenie lekarskie poświadczające stan zdrowia lub orzeczenie o niepełnosprawności dla osób z niepełnosprawnością sprzężoną, zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (jeśli dotyczy) |  |  |
| 5 | Zaświadczenie poświadczające korzystanie z programu FE PŻ |  |  |
| 6 | Zaświadczenie o opuszczeniu placówki opieki instytucjonalnej |  |  |
| 7 | Zaświadczenie / oświadczenie dokumentujące wykluczenie komunikacyjne |  |  |
| 8 | Zaświadczenie / oświadczenie o opuszczeniu jednostki penitencjarnej w terminie ostatnich 12 m-cy |  |  |
| 9 | Zaświadczenie o posiadaniu statusu osoby długotrwale bezrobotnej |  |  |
| 10 | Zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |  |  |

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*