Projekt „Zainwestuj w siebie" realizowany przez Wektor Consulting sp. z o. o., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VII, Działanie 7.4, Poddziałanie 7.4.2 na podstawie Umowy nr RPSL.07.04.02-24-0B9H/20-00 z dnia 23.04.2021 zawartej z Województwem Śląskim- Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach

Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji Uczestników

FORMULARZ REKRUTACYJNY – ŚCIEŻKA SZKOLENIOWA

UCZESTNIKÓW PROJEKTU DO PODDZIAŁANIA 7.4.2 REGIONALNEGO PROGRAMU

OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014-2020

			Beneficjent	Wektor Consulting Sp. z o.o.	
			Tytuł projektu	Zainwestuj w siebie	
			Nr projektu	RPSL.07.04.02-24-0B9H/20	
			Czas trwania projektu	01.04.2021-31.03.2023	
L.p.		**Lp.**	**Nazwa**		
I	**Dane osobowe**	**1**	**Imię (imiona)**		
		2	**Nazwisko**		
		3	**Wiek**		
		4	**PESEL**		
		5	**NIP**		
II	**Adres zamieszkania**	**1**	**Ulica**		
		2	**Nr domu**		
		3	**Nr lokalu**		
		4	**Miejscowość**		
		5	**miasto/wieś**		
		6	**Kod pocztowy**		
		7	**Województwo**		
III	**Dane kontaktowe**	**1**	**Telefon komórkowy**		
		2	**Adres poczty elektronicznej**		
IV	**Dane dodatkowe**	**1**	**Płeć**	☐ **Kobieta**	☐ **Mężczyzna**
		2	**Osoba z niepełnosprawnością**	☐**TAK**	☐**NIE**
V	**Dane dot. kandydata na uczestnika projektu**	***Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszy poniżej:***		**TAK**	**NIE**
		1	**Zamieszkuję/pracuję na terenie subregionu centralnego województwa śląskiego[1]**		
		2	**Jestem pracownikiem przewidzianym do zwolnienia**		
		3	**Jestem pracownikiem zagrożonym zwolnieniem**		
		4	**Zostałem/zostałam zwolniona z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu**		
		5	**Data zwolnienia z zakładu pracy**		
		6	**Jestem pracownikiem znajdującym się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy/stosunku służbowego**		
		7	**Okres wypowiedzenia (od do)**		

[1] Powiaty: będziński, gliwicki, lubliniecki, mikołowski, pszczyński, tarnogórski, bieruńsko-lędziński, zawierciański, Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze.

		8	**Jestem pracownikiem/byłym pracownikiem jednostki organizacyjnej spółek węglowych z terenu Województwa Śląskiego lub przedsiębiorstwa z terenu Województwa Śląskiego z nimi powiązanych (kooperujących)**		

Dodatkowe informacje dotyczące Kandydata/ Kandydatki do udziału w projekcie

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** (w przypadku wybrania tej odpowiedzi, na dzień przystąpienia do projektu, należy dostarczyć do biura projektu orzeczenie[2])
- ☐ **Nie jestem osobą z niepełnosprawnościami**

Jakie usługi dostępnościowe musimy zapewnić, żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? (proszę zaznaczyć właściwe):

- ☐ tłumacz polskiego języka migowego,
- ☐ asystent,
- ☐ pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- ☐ nie potrzebuję usług dostępnościowych,
- ☐ Inne (jakie):……..

ANKIETA:

Preferowane dni udzielania wsparcia (właściwe zaznaczyć):

- € Dni powszednie
- € Soboty
- € Niedziele
- € Dowolne dni

Preferowane godziny udzielania wsparcia (właściwe zaznaczyć):

- € Godziny przedpołudniowe (08:00 – 12:00)
- € Godziny południowe (12:00 – 18:00)
- € Godziny wieczorne (18:00 – 20:00)
- € Dowolne godziny

Preferowane miejsca udzielania wsparcia (właściwe zaznaczyć):

- € max odległości 10 km od miejsca zamieszkania
- € max odległości 20 km od miejsca zamieszkania
- € max odległości 50 km od miejsca zamieszkania
- € odległość realizacji wsparcia od miejsca zamieszkania nie ma znaczenia

[2] Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Natomiast pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię

OŚWIADCZENIA
Ja niżej podpisany/a..... (imię i nazwisko) zamieszkały/a..... (adres zamieszkania) **Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**
1. Oświadczam, że **zapoznałem(am) się** z Regulaminem rekrutacji uczestników i **akceptuję** jego warunki.
2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
3. Oświadczam, że **odbywam / nie odbywam*** karę/-y* pozbawienia wolności.
..... (miejscowość, data) ..... (podpis potencjalnego uczestnika projektu)

* Niepotrzebne skreślić

Do momentu podpisania *Umowy uczestnictwa w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020*, Administratorem danych osobowych jest Beneficjent realizujący projekt.