

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ZGŁASZAM CHĘĆ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE.

<b>Tytuł projektu:</b> WORK-ON7 - Włącz się na lepszą pracę
<b>Organizator:</b> Ośrodek Szkoleniowo-Wdrożeniowy Marek Szarata Sp. z o. o.
<b>Działanie:</b> FEKP.08.03 Wsparcie osób pracujących znajdujących się w niekorzystnej sytuacji na rynku pracy
Projekt finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) i budżetu państwa

### DANE KANDYDATA / KANDYDATKI

<b>Dane osobowe</b>	Imię:		
	Nazwisko:		
	PESEL:		
	Obywatelstwo:		
	Wiek w chwili przystępowania do projektu:		
	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
	Wyszałcenie:	<input type="checkbox"/> podstawowe (ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończone liceum, technikum, szkoła branżowa) <input type="checkbox"/> policealne (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> wyższe	
<b>Adres zamieszkania i dane kontaktowe</b>	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
	Gmina:	Powiat:	
	Województwo:		
	Telefon kontaktowy:		
	Adres e-mail:		
<b>Status na rynku pracy</b> (możliwość zaznaczenie tylko 1 odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> jestem osobą pracującą (tj. posiadam podpisaną umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną)		
	<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną / bierną zawodowo / poszukującą pracy (tj. NIE posiadam podpisaney umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej)		
<b>Niepełnosprawność</b>	<input type="checkbox"/> jestem osobą z niepełnosprawnościami i posiadam stosowne orzeczenie		



**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

<b>Osoba pracująca w trudnej sytuacji na rynku pracy</b>  (możliwość zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> jestem osobą należącą do grupy tzw. ubogich pracujących (tzn. osobą, która zamieszkuje w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów społecznych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu, albo osobą, której dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym <b>nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę</b> w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu)
	<input type="checkbox"/> jestem osobą zatrudnioną na umowę krótkoterminową (tzn. osobą zatrudnioną na podstawie umowy zawartej na czas określony, który <b>uptywa w okresie realizacji projektu</b> lub trwa <b>nie dłużej niż 6 miesięcy</b> )
	<input type="checkbox"/> jestem osobą pracującą w ramach umowy cywilno-prawnej (np. <b>umowa zlecenie</b> , umowa o dzieło)
<b>Osoba z woj. kujawsko-pomorskiego</b>	<input type="checkbox"/> pracuję lub zamieszkuję na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego
<b>Wyłączenie</b>	<input type="checkbox"/> NIE otrzymuję jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej, dofinansowanym ze środków EFS+

**SZCZEGÓLNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE ZAPEWNIENIA DOSTĘPNOŚCI DO PROJEKTU**

<input type="checkbox"/>	<b>Dostępność architektoniczna</b> – formy wsparcia powinny być zorganizowane w budynku z wejściem na poziomie zero, pochylnią/podjazdem lub windą.
<input type="checkbox"/>	<b>Wsparcie asystenta</b> – konieczność obecności podczas form wsparcia osoby pomagającej w poruszaniu się lub wykonywaniu zadań.
<input type="checkbox"/>	<b>Język migowy</b> – potrzeba zapewnienia tłumacza na język migowy podczas form wsparcia.
<input type="checkbox"/>	<b>Materiały szkoleniowe w odpowiednim formacie</b> – np. teksty w wersji brajlowskiej, powiększony druk, audiodeskrypcja. Proszę wymienić jakie:
<input type="checkbox"/>	<b>Specjalne potrzeby żywieniowe</b> – potrzeba zapewnienia cateringu na szkoleniach uwzględniającego specjalne potrzeby żywieniowe. Proszę wymienić jakie:
<input type="checkbox"/>	<b>Inne</b> – Proszę wskazać inne potrzeby w kontekście zapewnienia dostępności:

### ŚCIEŻKA ROZWOJU ZAWODOWEGO

<p><b>Którą z dostępnych w projekcie ścieżek rozwoju zawodowego jesteś zainteresowany / zainteresowana?</b> (możliwość zaznaczenie tylko 1 odpowiedzi)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ścieżka IT</p> <p><input type="checkbox"/> Ścieżka FIZJO</p>
--	--

### SZKOLENIE ZAWODOWE (TYLKO ŚCIEŻKA IT)

Decyzja o zakwalifikowaniu się na konkretne szkolenie jest wynikiem rozmowy kwalifikacyjnej, stąd pytamy jedynie o preferowane szkolenie zawodowe.

<p><b>W którym z dostępnych w projekcie szkoleń zawodowych chciałbyś / chciałabyś uczestniczyć?</b> (można zaznaczyć kilka odpowiedzi, pytanie poglądowe)</p>	<p><input type="checkbox"/> Administrator sieci Cisco (CCNA)</p> <p><input type="checkbox"/> Front-End Developer</p> <p><input type="checkbox"/> Marketing internetowy</p>
---	--

### DODATKOWE DOKUMENTY

Dokumenty **wymagane podczas podpisywania umowy** udziału w projekcie.

<p><b>Osoba pracująca w trudnej sytuacji na rynku pracy</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do przekazania dokumentów potwierdzających przynależność do grupy osób pracujących w trudnej sytuacji na rynku pracy: umowa o pracę, z której wprost wynikać będzie spełnienie warunków projektu, tj. wysokość wynagrodzenia lub okres obowiązywania albo umowa cywilno-prawna (kopia dokumentu).</p>
<p><b>Osoba z woj. kujawsko-pomorskiego</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do okazania dokumentów potwierdzających przynależność do grupy osób z woj. kujawsko-pomorskiego: dokumentu administracyjnego / zaświadczenia wystawionego przez odpowiedni podmiot / jednostkę publiczną wraz z ujętym na nim adresem zamieszkania, np. umowa o pracę, umowa najmu mieszkania, faktura za media (do wglądu).</p>
<p><b>Niepełnosprawność</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Zobowiązuję się do przekazania zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przez właściwy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności (kopia dokumentu, jeśli dotyczy).</p>

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA**

Świadomy / Świadoma odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń:

<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Szkoleniowo-Wdrożeniowy Marek Szarata Sp. z o. o. w celu i zakresie niezbędnym w procesie rekrutacyjnym.
<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania Ośrodka Szkoleniowo-Wdrożeniowy Marek Szarata Sp. z o. o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem projektu „WORK-ON7 - Włącz się na lepszą pracę” dostępnym na stronie <a href="http://www.work-on.pl">www.work-on.pl</a> i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail jest aktywny i zobowiązuje się odbierać na bieżąco informacje dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania się, bądź niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie.

Podpis:

Data:

