



FORMULARZ REKRUTACYJNY

w ramach projektu: „Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23

Data wpływu		Podpis osoby przyjmującej formularz	
-------------	--	--	--

Projekt realizowany przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju** w partnerstwie z
IT CONSULTING Sp. z o. o., współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 ze
środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Data urodzenia:		Wiek aktualny:	
Pesel:		Miejsce urodzenia:	
Obywatelstwo:	☐ polskie, ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE, ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE.		

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Numer domu:	Numer lokalu:	Powiat:	
Województwo:		Gmina:	
Adres e-mail:		Telefon kontaktowy:	

Adres korespondencyjny

(o ile jest inny niż zamieszkania)

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Nr domu, lokalu:	

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

ISCED 0-Brak	☐	ISCED 2 Gimnazjalne	☐	ISCED 4 Policealne	☐
ISCED 1 Podstawowe	☐	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	☐	ISCED 5-8 Wyższe	☐



STATUS OSOBY NA RYNKU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):		TAK	NIE
Jestem osobą pracującą¹, tj. (właściwe zaznaczyć wpisując „X” w kratce): ☐ Osobą pracującą w administracji rządowej ☐ Osobą pracującą w administracji samorządowej ☐ Osobą pracującą w organizacji pozarządowej ☐ Osobą pracującą w MMŚP ☐ Osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie ☐ Osobą pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ Osobą pracującą na uczelni ☐ Osobą pracującą w instytucie naukowym ☐ Osobą pracującą w instytucie badawczym ☐ Osobą pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ Osobą pracującą w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ Osobą pracującą dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ Osobą pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ Inne <i>W załączeniu przedstawiam zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie.</i>		☐	☐
KRYTERIA OBLIGATORYJNE OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):		TAK	NIE
1.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie podregionu ciechanowskiego województwa mazowieckiego tj. powiat żuromiński, mławski, płoński, ciechanowski, pułtuski, płocki i m. Płock. <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie/oświadczenie o miejscu zamieszkania.</i>	☐	☐
2.	Jestem osobą dorosłą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma ukończone co najmniej 18 lat.	☐	☐
3.	Jestem osobą pracującą z Obywatelami Państw Trzecich (OPT) / na rzecz OPT, działającą w organizacji wspierającej OPT. <i>W załączeniu przedstawiam zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie.</i>	☐	☐



4.	Z własnej inicjatywy przystępuję do uczestnictwa w projekcie.	☐	☐
5.	Oświadczam , że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	☐	☐
6.	Oświadczam , że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+.	☐	☐
KRYTERIA PREMIUJĄCE (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)		TAK	NIE
1.	Jestem KOBIETĄ: (+ 6 punktów)	☐	☐
2.	Zamieszkuję na obszarze jednego z miast tracących funkcje społeczno-gospodarcze w podregionie ciechanowskim, tj.: Ciechanów, Pułtusk (+ 3 punkty) <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie/oświadczenie o miejscu zamieszkania.</i>	☐	☐
3.	Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością (+3 punkty) <i>Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej.</i>	☐	☐
FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		<u>Nie</u> <u>zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>	
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę		
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową		☐	
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych			
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie			
Zapewnienie tłumacza języka migowego			



Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		
Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON)		
Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Inne (jakie?)		

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA		<u>Nie zgłaszam</u> potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc tłumacza na język polski):		☐



MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska	☐	☐	☐
Jestem osobą obcego pochodzenia. To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	☐	☐	
Jestem osobą państwa trzeciego. Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpieństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpieczników z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	☐	☐	
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐	☐	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	☐	☐	☐

Data, miejscowość	Czytelny podpis



OŚWIADCZENIA:

Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Aktywność – klucz do integracji**” nr **FEMA.08.04-IP.01-01JN/23**,
- podane wyżej dane są poprawne,
- zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy/-a możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „**Aktywność – klucz do integracji**” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa i rekrutacji do projektu,
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „**Aktywność – klucz do integracji**”
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju wraz z IT CONSULTING Sp. z o. o.** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o. o.** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027),
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa, służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Fundacja Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o. o.** zapewniają standard ochrony danych 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),

- zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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 uchylenia dyrektywy 95/46/WE,
- **wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez **Fundację Aktywizacji Zawodowej i Rozwoju oraz IT CONSULTING Sp. z o.o.**; zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,
- mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
- w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,
- mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,
- **zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis



Słowniczek pojęć:

¹**Osoba pracująca**, to osoba, która:

- a) w wieku od 15 do 89 lat, która: wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne;
- b) posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje (ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie) lub
- c) produkująca towary rolne, których główna część przeznaczona jest na sprzedaż lub barter.

Za osoby pracujące uznaje się również:

a) osoby prowadzące działalność na własny rachunek, czyli prowadzące działalność gospodarczą lub działalność, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową, 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, działalności, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (na przykład: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódź czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach, 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. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracę wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego;

b) bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność członka rodziny, który jest uznawany za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”;

c) osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym, o których mowa w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).



OŚWIADCZENIE
o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów
premiujących w ramach projektu:
„Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria obligatoryjne oraz kryteria premiujące, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

.....
Data i czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.



OŚWIADCZENIE
o miejscu zamieszkania
w ramach projektu:
„Aktywność – klucz do integracji” nr FEMA.08.04-IP.01-01JN/23

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia²	

Oświadczam, że jestem **osobą zamieszkującą** na terenie **podregionu ciechanowskiego** województwa mazowieckiego, tj. zamieszkuję na terenie jednego z poniższych powiatów (*właściwie zaznaczyć wpisując „X” w kratce*):

- ☐ żuromiński,
- ☐ mławski,
- ☐ płoński,
- ☐ ciechanowski, w tym:
 - ☐ miasto Ciechanów (*miasto tracące funkcje społeczno-gospodarcze*)
- ☐ pułtuski, w tym:
 - ☐ miasto Pułtusk (*miasto tracące funkcje społeczno-gospodarcze*)
- ☐ plocki, w tym:
 - ☐ miasto Płock.

.....
Data i czytelny podpis

² Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.