*Załącznik nr 1 do Regulaminu* *rekrutacji i udziału w projekcie* ***„Nowe Kwalifikacje - Twój sukces”***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA/KANDYDATKI   
NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ**

do projektu **„****Nowe kwalifikacje - Twój sukces” nr FESL.05.04-IP.02-0811/23**

***Priorytet FESL.05*** *Fundusze Europejskie dla rynku pracy****Działanie FESL.05.04*** *Aktywizacja zawodowa osób pracujących*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beneficjent:** | **Fundacja Regionalnej Agencji Promocji Zatrudnienia** | |
| **Uzupełnia Beneficjent:** | | |
| ……………………/20…… *Numer formularza zgłoszeniowego* | | ……………………………………………… *Data wpływu, podpis osoby przyjmującej* |

| **WYPEŁNIA KANDYDAT/KANDYDATKA NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe:** | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko: | |  | | | | | |
| 1. Płeć (zaznaczyć „**X**”): | | Kobieta | | | | Mężczyzna | |
| 1. PESEL: | |  | | | | | |
| 1. Poziom wykształcenia: | | Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  Ponadgimnazjalne (ISCED 3)  Policealne (ISCED 4)  Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego):** | | | | | | | |
| 1. Województwo: |  | | 1. Powiat: | | |  | |
| **Dane kontaktowe:** | | | | | | | |
| 1. Telefon kontaktowy: | |  | | | | | |
| 1. Adres e-mail: | |  | | | | | |
| **Dane dodatkowe:** | | | | | | | |
| 1. Uczestniczę w innym projekcie współfinansowanym ze środków funduszy europejskich, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju i zmierzają do osiągnięcia tych samych efektów: | | | | | TAK | | NIE |
| **Kryteria dostępu/Status osoby na rynku pracy:** | | | | | | | |
| 1. Jestem osobą pracującą zatrudnioną na podstawie umowy krótkoterminowej: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą pracującą zatrudnioną na podstawie umowy cywilnoprawnej: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą ubogą pracującą: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą, która z własnej inicjatywy chce podnieść swoje kompetencje czy nabyć kwalifikacje zawodowe: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Zamieszkuję lub pracuję na obszarze województwa śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą w wieku powyżej 18. roku życia: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą prowadzącą działalność na własny rachunek: | | | | | TAK | | NIE |
| **Przynależność do grupy w niekorzystnej sytuacji:** | | | | | | | |
| 1. Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą z niepełnosprawnością: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą z wykształceniem co najwyżej ponadgimnazjalnym (ISCED 3): | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem osobą w wieku co najmniej 55 lat: | | | | | TAK | | NIE |
| 1. Jestem kobietą: | | | | | TAK | | NIE |
| **Informacje dodatkowe (Jeśli dotyczy):** | | | | | | | |
| 1. Szczególne potrzeby osób z niepełnosprawnością:   *(Zgodnie ze standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027 stanowiącymi załącznik nr 2 do „Wytycznych dotyczących zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”)* | | | | TAK, proszę wskazać szczególne potrzeby: | | | NIE |

Ja, niżej podpisany/podpisana, świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.  
**Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji   
i udziału w projekcie „Nowe kwalifikacje - Twój sukces” i akceptuję jego postanowienia.**

|  |  |
| --- | --- |
| .................................................................... | .................................................................... |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę projektu |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uzupełnia Beneficjent:** | | |
| Zweryfikowano na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość Kandydata/Kandydatki: | Dowód osobisty  Paszport  Inne: ………………………. | ………………………………. Data i podpis osoby weryfikującej |