

FORMULARZ APLIKACYJNY	
Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE !!! Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów Formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkować odrzuceniem Formularza z przyczyn formalnych.	Numer zgłoszenia:6.6/SKR
	Data wpływu formularza: □□-□□-20□□ r.
Tytuł projektu: „ Rozwiń SKRZYDŁA! ” Fundacja Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI Biuro Fundacji w Krakowie, Plac Sikorskiego 2, 31-115 Kraków Biuro Fundacji w Tarnowie, ul. Krakowska 11a, 33-100 Tarnów	Nr projektu: FEMP.06.06-IP.02-0046/23 Oś priorytetowa: 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie: 6.6 Rozwój kompetencji kadr i adaptacja do zmian, Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027.

DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE	
Imię (imiona):	Nazwisko:
Data i miejsce urodzenia:	□□-□□-□□□□
Województwo urodzenia: (według nowego podziału)	
PESEL:	□□□□□□□□□□ □ brak PESEL
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)	
Telefony komórkowy:	Telefon stacjonarny:
E-mail:	
Płeć (zaznaczyć właściwy „X”):	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Miejsce zamieszkania¹ należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym	

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Ulica²:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:
Obszar zamieszkania (zaznaczyć właściwy „X”):	<input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski	
ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):		
Ulica²:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:

STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

Oświadczam, że jestem:

1. Osobą zwolnioną z przyczyn niedotyczących pracownika - osoba pozostająca bez zatrudnienia **nie dłużej niż 6 m-cy** przed dniem przystąpienia do projektu

Wymagane: świadectwo pracy (jeśli na świadectwie brak przyczyny wypowiedzenia dodatkowo – zał. 1).

W przypadku stosunku służbowego – zał. 2.

 TAK NIE

- | | | |
|---------------|--------------------------|--|
| w tym: | <input type="checkbox"/> | osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy (<u>należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP</u>) |
| | <input type="checkbox"/> | osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy (<u>należy załączyć aktualne zaświadczenie z ZUS</u>) |
| | <input type="checkbox"/> | osobą bierną zawodowo ³ nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu (<u>należy załączyć aktualne zaświadczenie z ZUS</u>) |
| | <input type="checkbox"/> | nie dotyczy |

2. Osobą pracującą przewidzianą do zwolnienia - pracownik, który znajduje się w **okresie wypowiedzenia** stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze **nieprzedłużenia** przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego

 TAK NIE² W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość³ Osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy.



Wymagane: kserokopia wypowiedzenia i/lub zaświadczenie od pracodawcy – zał. 3		
w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP ⁴	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	
	<input type="checkbox"/> Inne	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
3. Osobą pracującą zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn niedotyczących pracownika - pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 m-cy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników ⁵		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wymagane: Zaświadczenie od pracodawcy – zał. 4.		
w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP ⁴	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej	
	<input type="checkbox"/> Inne	
	<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
4. Osobą odchodzącą z rolnictwa⁶ Wymagane: - kopia decyzji KRUS o podleganiu ubezpieczeniu; - oświadczenie o zamiarze podjęcia zatrudnienia w obszarach nie związanych z działalnością rolniczą lub o zamiarze podjęcia pozarolniczej działalności gospodarczej – zał. 5.		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU⁷ (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

⁴ MMŚP – mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo.

⁵ Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2018 r. poz. 1969) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych.

⁶ **Osoba odchodząca z rolnictwa** – osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2023 r. poz. 208, z późn. zm.) (KRUS) z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym, zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, z późn. zm.) (ZUS).

⁷ **Dane wrażliwe** – Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.

Oświadcza, że jestem:	
Osobą z niepełnosprawnościami⁸: <u>Należy załączyć kserokopię aktualnego orzeczenia lub zaświadczenie od lekarza (dokument potwierdzający stan zdrowia).</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Obywatелеm państwa trzeciego?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

WYKSZTAŁCENIE - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego		
Oświadczam iż posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)
	<input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)	<input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)
Nazwa szkoły i rok jej ukończenia		
Zawód wyuczony, specjalność, tytuł zawodowy		

⁸ **Osoba z niepełnosprawnościami** – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172, z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osobę z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

DODATKOWE INFORMACJE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):

Oświadczam, że:

Zamieszkuję (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie woj. małopolskiego (zaznaczyć X”):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Pracuję na terenie województwa małopolskiego (zaznaczyć X”):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY (odpowiedź „nie dotyczy” dotyczy osób zwolnionych)
- w tym aktualne miejsce pracy: (dotyczy osób zagrożonych zwolnieniem lub przewidzianych do zwolnienia)	Nazwa firmy:		
	Ulica:		Numer domu/Nr lokalu:
	Kod pocztowy:		Miejscowość:
	Powiat:		Województwo:
Wstępne zainteresowanie formami wsparcia:	<input type="checkbox"/> Kursy/Szkolenia <input type="checkbox"/> Staże/praktyki zawodowe <input type="checkbox"/> Dodatek relokacyjny <input type="checkbox"/> Dotacja na założenie działalności gospodarczej ⁹ (należy załączyć – zał. nr 6 i nr 7) <input type="checkbox"/> Dotacje na doposażenie i wyposażenie stanowisk pracy u pracodawcy		
Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy prowadziłem/prowadzę* działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy uczestniczy Pan/i w innym projekcie o analogicznym celu/ charakterze w proj. współfinansowanym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

⁹ Wsparcie finansowe na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej jest kierowane w pierwszej kolejności do osób, które utraciły zatrudnienie w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu, a także pracowników znajdujących się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego, co do których istnieje pewność, że utracą zatrudnienie przed przyznaniem dotacji. O przyznanie środków na rozpoczęcie działalności mogą ubiegać się także osoby odchodzące z rolnictwa.

z EFS+ oraz z FST w ramach Działania 8.1?	
Wykonywany zawód:	
Informacje o potrzebach specjalnych	<input type="checkbox"/> Wsparcie asystenta <input type="checkbox"/> Uczestnictwo we wsparciu z udziałem psa asystującego <input type="checkbox"/> Inne usprawnienia – jakie?.....

Przynależność do grupy docelowej (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):	
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie tj. jestem:	
Osobą zamieszkującą (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie woj.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą należącą do jednej z poniższej grupy:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata)
— w tym:	<input type="checkbox"/> Osobą zwolnioną z przyczyn nietyczących pracownika do 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu <input type="checkbox"/> Osobą w okresie wypowiedzenia/przewidzianą do zwolnienia z przyczyn nietyczących pracownika <input type="checkbox"/> Osobą zagrożoną zwolnieniem z pracy z przyczyn nietyczących pracownika <input type="checkbox"/> Osobą odchodzącą z rolnictwa
Osobą należącą co najmniej do jednej z preferowanych grup w procesie	<input type="checkbox"/> kobietą <input type="checkbox"/> Osobą z niepełnosprawnościami



rekrutacji (można zaznaczyć więcej niż jedno pole):¹⁰

- osobą do 30 roku życia
- osobą powyżej 50 roku życia
- osobą o niskich kwalifikacjach
- osobą wychowującą dzieci
- osobą korzystającą ze świadczeń pomocy

Ja, niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

¹⁰ Kryteria decydujące o ilości punktów preferencyjnych

Oświadczenia Kandydata/-ki

A. Oświadczam, że:

1. zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „**Rozwiń SKRZYDŁA!**”, realizowanym przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI z siedzibą w Krakowie,
2. wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą,
3. zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „**Rozwiń SKRZYDŁA!**” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027,
4. zapoznałam(-łem) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania/przestrzegania,
5. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane osobowe, dane kontaktowe oraz o zmianie statusu tj. sytuacji zawodowej np. podjęcie zatrudnienia),
6. zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
7. jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
8. nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia wynikającego z nałożonych sankcji w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, tj.:
 - nie jestem osobą lub podmiotem, względem której stosowane są środki sankcyjne,
 - nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne
9. **nie otrzymuję wsparcia w innym projekcie, o analogicznym celu/charakterze, współfinansowanym z EFS+ oraz z FST w ramach Działania 8.1 Działania na rzecz poprawy sytuacji na rynku pracy typ projektu A: kompleksowe programy transformacji i wsparcia na rynku pracy. I do momentu zakończenia wsparcia w projekcie „Rozwiń SKRZYDŁA!” nie będę uczestniczyć w innym projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,**
10. zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej. Akceptuję, fakt, iż odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu,

11. w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,
12. w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj.:
 - **w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie** udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
13. Przyjmuję do wiadomości, że wsparcie na samozatrudnienie w ramach projektu nie jest udzielane osobom, które posiadały wpis do CEIDG, były zarejestrowane jako przedsiębiorcy w KRS lub prowadziły działalność gospodarczą na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.

B. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, 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) z późn. zm.; oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (UODO) z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Realizatora projektu - Fundacja Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkim Urzędem Pracy w Krakowie) wynikających z umowy nr **FEMP.06.06-IP.02-0046/23**. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania,
2. przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w punkcie 1, przez Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie lub podmiot przez niego upoważniony 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) z późn. zm.; oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (UODO) z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000, do celów sprawozdawczych z realizacji form wsparcia, w których brałam/em udział oraz monitoringu i ewaluacji programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej i filmowej tworzonej na potrzeby realizacji projektu.

C. Oświadczam, iż:

1. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzania przez Realizatora projektu - Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI** oraz Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie.
2. Zostałem poinformowany, iż administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST2021” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata

Ja, niżej podpisany/-a deklaruję:

1. uczestnictwo w projekcie „**Rozwiń SKRZYDŁA!**” realizowanym przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI**, po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji,
2. udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
3. czynny udział we wszystkich etapach wsparcia.

Niniejszym oświadczam, że ww. dane w formularzu i oświadczeniach są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o ich zmianie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata