

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „SZANSA NA ZMIANY IV”

realizowanego w ramach konkursu PFRON nr 1/2025 pn. „Siła możliwości” przez Fundację Szlachetne Zdrowie

Data wpływu formularza			
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz		Wypełnia Beneficjent – Pracownik Fundacji Szlachetne Zdrowie	
Wszystkie pola formularza powinny być wypełnione CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI <i>(Istnieje możliwość odmowy podania wymaganych danych wrażliwych zawartych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, ale wówczas odmowa ta skutkuje niezakwalifikowaniem do projektu)</i>			
INFORMACJE OGÓLNE			
Imię/Imiona		Nazwisko	
Data urodzenia		Płeć	Kobieta
Wiek			Mężczyzna
PESEL		Miejsce urodzenia	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <i>(Zgodnie z art. 25. Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu.)</i>			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy		Miejscowość	
Pocztą		Gmina	
Powiat		Województwo	
DANE KONTAKTOWE			
Adres do korespondencji			
Telefon kontaktowy			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			

AKTUALNY STATUS KANDYDATKI/TA DO PROJEKTU	TAK	NIE
<i>Należy zaznaczyć znakiem „X” właściwe pole w każdym z wierszu poniżej</i>		
Jestem osobą zatrudnioną		
Jestem osobą bezrobotną/poszukującą pracy zarejestrowaną w urzędzie pracy		
Jestem osobą niepełnosprawną* w świetle przepisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 poz. 44 ze zm.) lub ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 poz. 217), tj. posiadam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (wymagana kserokopia ww. orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego status os. niepełnosprawnej)		
Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu:	-lekko	
	-umiarkowanym	
	-znacznie	

OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/TA NA UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIA	
Ja niżej podpisana/y.....	(imię i nazwisko)
zamieszkała/y.....	(adres zamieszkania)
legitymująca/y się dowodem osobistym	(seria i nr dowodu osobistego)
wydanym przez	
Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Szansa na zmiany IV” współfinansowanego ze środków PFRON oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym i przetwarzanie danych osobowych przez przekazane Fundacji Szlachetne Zdrowie na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu „Szansa na zmiany IV” zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2019 poz.1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE. L. 2016.119.1), dalej RODO,
- zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w nim oraz akceptuję warunki Regulaminu,
- zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu informacji o mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, potrzebnych do monitorowania wskaźników rezultatu dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie,
- w szczególności zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Realizatorowi Projektu dokumentów, potwierdzających zatrudnienie w przypadku podjęcia zatrudnienia w trakcie udziału w projekcie oraz do 4 tygodni po jego zakończeniu. Dokumentami potwierdzającymi zatrudnienie są: kopia umowy o pracę/zlecenie/dzielo/ lub zaświadczenie od pracodawcy, potwierdzające zatrudnienie,
- zostałam/łam poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Fundację Szlachetne Zdrowie oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Fundacji Szlachetne Zdrowie stają się własnością Fundacji i nie mam prawa żądać ich zwrotu,
- zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w Projekcie „Szansa na zmiany IV”, a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Realizatora Projektu. W uzasadnionych przypadkach wszystkie formy wsparcia mogą być realizowane w trybie pracy zdalnej.
- zobowiązuję się do informowania Realizatora Projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularz zgłoszeniowy Projektu,
- wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu „Szansa na zmiany IV”, ponadto zgadzam się na udostępnianie ich na potrzeby dokumentacji projektu, tylko i wyłącznie w celu promocji działań związanych z realizacją w/w projektu.
- nie prowadzę działalności gospodarczej oraz nie jestem zatrudniona/-y na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego,
- oświadczam, że jestem zdolna/y i gotowa/y do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy.

Miejscowość i data

czytelny podpis Kandydatki/ta na Uczestnika projektu