***Załącznik nr 1*** *do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*

**WYPEŁNIA KIEROWNIK PROJEKTU:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zgłoszenie nr:** |  |
| **Data wpływu:** |  |
|  **Liczba punktów:** |  |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACJI***DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU W RAMACH DZIAŁANIA 01.05 UMIEJĘTNOŚCI W SZKOLNICTWIE WYŻSZYM. PROGRAM FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021-2027* |
| **Beneficjent**  | Łużycka Szkoła Wyższa im. Jana Benedykta Solfy z siedzibą w Żarach w partnerstwie z Organizacją Pracodawców Ziemi Lubuskiej w Zielonej Górze. |
| **Tytuł projektu** | **„NASTAWIENI NA ROZWÓJ - kompleksowy program rozwoju kwalifikacji i kompetencji osób dorosłych”** |
| **Numer projektu** | FERS.01.05-IP.08-0537/23  |

|  |
| --- |
| **I. Dane podstawowe:** |
| **Imię (imiona):** |  | **Nazwisko:** |  |
| **Obywatelstwo:** | [ ] Polskie [ ] Obywatel/ka Kraju Spoza UE[ ] Obywatel/ka Kraju UE |
| **Pesel:****Inny identyfikator¹** |  | Data urodzenia/ |  |
| **Płeć:** | [ ] Kobieta:[ ] Mężczyzna: |
| **Wykształcenie:** | [ ] Podstawowe, gimnazjalne (ISCED 1-2),[ ] Ponadgimnazjalne ( liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa ( ISCED 3)[ ] Policealne (ISCED 4)[ ] Wyższe (ISCED 5-8) |
| **Osoba uczestnicząca w kształceniu na poziomie wyższym** | [ ] TAK [ ] NIEJeśli tak proszę wybrać poniżej:[ ] student ( *osoba kształcąca się na studiach pierwszego stopnia, drugiego stopnia, jednolitych studiach magisterskich*), [ ] doktorant *(osoba kształcąca się w szkołach doktorskich),*[ ] kadra akademicka *(pracownik / współpracownik podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki - osoba, która została zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę oraz osoba współpracująca z podmiotem na podstawie umowy cywilno-prawnej),*[ ] osoba dorosła z wykształceniem wyższym *(osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowę cywilno-prawną lub osoba pozostająca bez zatrudnienia).* |
| **Kraj:** |  | **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  | **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Ulica:** |  | **Numer budynku:** |  | Numer lokalu: |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  | **Adres e-mail:** |  |
| **Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji****(DEGURBA)** | [ ] obszar wiejski [3] [ ] miasto małe liczba ludności pow. 5 tys. [2][ ] miasta duże [1] |
| **II. Informacja o statusie na rynku pracy:** |
| **Osoba pracująca:** | [ ] | **Osoba bierna zawodowo** | [ ] osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ] osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ] inne |
| **Osoba ucząca się:** | [ ] | **Osoba bezrobotna:** | [ ] |
| **Inne:** | [ ] | **Proszę wpisać jakie²** |  |
| **Nazwa Pracodawcy:³** |  |
| **Doświadczenie zawodowe** |  [ ] brak lub do 1 roku; [ ] 1-2 lata; [ ] 3-5 lat; [ ] powyżej 5 lat |
| **TAK** | **NIE** | **Odmowa udzielenia informacji** | **III. Dane szczególnych kategorii:** |
| [ ] | [ ] |  | Osoba obcego pochodzenia |
| [ ] | [ ] |  | Osoba z krajów trzecich |
| [ ] | [ ] | [ ] | Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych |
| [ ] | [ ] |  | Osoba w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| [ ] | [ ] | [ ] | Osoba z niepełnosprawnościami objęta wsparciem w programie(*W przypadku odpowiedzi tak proszę dołączyć Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)* |

*¹ Proszę podać w przypadku braku nr PESEL; ² Proszę wpisać w przypadku zaznaczenia opcji inne; ³ Proszę wypełnić w przypadku zaznaczenia „Osoba pracująca”.*

# IV. Deklaracja Kandydata/Kandydatki:

Wyrażam chęć udziału w poniższej formie wsparcia (szkoleniu):

|  |
| --- |
| **Deklaracja wyboru formy wsparcia. Szkolenia w zakresie umiejętności:** |
| [ ] miękkich; [ ] analitycznych; [ ] językowych; [ ] zawodowych; [ ] cyfrowych; [ ] zielonej gospodarki. |
| **Tytuł szkolenia** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

# V. Specjalne potrzeby Uczestnika/Uczestniczki:

 [ ] dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

[ ] zapewnienie tłumacza języka migowego?

[ ] zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?

[ ] zapewnienie pętli indukcyjnej?

[ ] inne: …………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# VI. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **„NASTAWIENI NA ROZWÓJ - kompleksowy program rozwoju kwalifikacji i kompetencji osób dorosłych”,** nr projektu FERS.01.05-IP.08-0537/23 i akceptuję jego zapisy.
2. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt **„NASTAWIENI NA ROZWÓJ - kompleksowy program rozwoju kwalifikacji i kompetencji osób dorosłych”,** nr projektu FERS.01.05-IP.08-0537/23 jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 Działanie 1.5 Umiejętności w szkolnictwie wyższym.
3. Zostałem/łam poinformowany/a, że sygnały, zgłoszenia lub skargi dotyczące wystąpienia niezgodności projektu lub działań Beneficjenta z postanowieniami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, z późn.zm.) mogą przekazywać osoby fizyczne (uczestnicy projektów lub ich pełnomocnicy i przedstawiciele), instytucje uczestniczące we wdrażaniu funduszy Unii Europejskiej, strona społeczna (stowarzyszenia, fundacje), za pomocą (w każdym poniższym przypadku uznaje się zgłoszenie za przekazane w formie pisemnej):a) poczty tradycyjnej – w formie listownej na adres ministerstwa: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa lub adres IP: Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa,b) skrzynki nadawczej e-puap Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej lub Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.
4. Spełniam kryteria udziału w Projekcie, tj. jestem:

● osobą dorosłą, w wieku 18 – 64 lata, ● osobą, która funkcjonuje lub może aktywnie funkcjonować na rynku pracy, ● osobą, która z własnej inicjatywy jest zainteresowana nabyciem nowych, uzupełnieniem i/lub podwyższaniem kompetencji/kwalifikacji w ramach proponowanych kursów/szkoleń.

1. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych na potrzeby monitorowania i ewaluacji Projektu.
2. Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć podczas realizacji form wsparcia z moim udziałem w celu prowadzenia promocji i dokumentacji Projektu.
3. Zobowiązuję się, że w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych monitorowania (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).
4. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacji nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
5. Zobowiązuję się do informowania Beneficjenta o wszelkich zmianach danych podanych w dokumentacji rekrutacyjnej zwłaszcza teleadresowych w ciągu 7 dni od ich powstania.
6. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
7. świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

*Wymagane załączniki do formularza rekrutacyjnego: a) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ( jeśli dotyczy), b) Klauzula informacyjna.*

Miejscowość ………………….., dnia ………………………….. r.

 ……….…………………………………………………..

 czytelny podpis Kandydata/Kandydatki