



## Załącznik nr 1

### Formularz zgłoszeniowy do projektu „Mazowiecki Popyt na Certyfikat” nr projektu: FEMA.07.04-IP.02-02JW/24

Identyfikator uczestnika/uczestniczki:

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/-CZKI	
Imię (imiona):	
Nazwisko:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL:	
Data urodzenia:	Wiek:
Obywatelstwo: (zaznacz jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
Wykształcenie: (zaznacz jedną odpowiedź)	<input type="checkbox"/> brak formalnego wykształcenia <sup>1</sup> (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe <sup>2</sup> (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <sup>3</sup> (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <sup>4</sup> (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne <sup>5</sup> (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe <sup>6</sup> (ISCED 5-8)
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba pracująca (zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

<sup>1</sup>Wykształcenie niższe niż podstawowe.

<sup>2</sup>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej.

<sup>3</sup>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej.

<sup>4</sup>Wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe.

<sup>5</sup>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.

<sup>6</sup>Pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym.



	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty ( <i>kadra pedagogiczna</i> ) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty ( <i>kadra niepedagogiczna</i> ) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty ( <i>kadra zarządzająca</i> ) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
Osoba bierna zawodowo: (zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
Osoba bezrobotna: (zaznacz jedną odpowiedź, jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<b>DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA/-CZKI</b>	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica ( <i>numer domu/numer mieszkania</i> ):	
Kod pocztowy:	
Kraj:	
Telefon kontaktowy:	



E-mail:

DANE DODATKOWE - status Uczestnika/-czki		
Osoba obcego pochodzenia <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji  Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia, związane z uczestnictwem w projekcie? (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, alternatywne formy materiałów szkoleniowych, zapewnienie tłumacza migowego, zapewnienie asystenta, posiłek, transport, inne)?  .....  .....	

<sup>7</sup>**Osoby obcego pochodzenia** to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów (nie dotyczy osób należących do mniejszości narodowych i etnicznych).

<sup>8</sup>**Osoby państw trzecich**, to osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, a także bezpaństwowcy zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.

<sup>9</sup>**Osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych.** Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>10</sup>W przypadku wyboru opcji „TAK” wymagane orzeczenie o niepełnosprawności. W rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2024 poz. 44 z późn. zm.), osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2022 poz. 2123 z późn. zm.)



	.....
<b>Czy bierze Pan/Pani udział w programie FERS w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli wybrał Pan/Pani odpowiedź TAK, proszę napisać jaki jest zakres działań, w których bierze Pan/Pani udział. ..... ..... .....
<b>Czy wie Pan/Pani jaki rodzaj usługi rozwojowej zamierza Pan/Pani realizować?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli wybrał Pan/Pani odpowiedź TAK, proszę podać zakres tematyczny lub nr usługi rozwojowej z Bazy Usług Rozwojowych. ..... ..... .....

W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, planuję realizować usługę rozwojową/ usługi rozwojowe w następującym zakresie (proszę zaznaczyć właściwe o ile dotyczy):

- prowadzącą do nabycia kwalifikacji w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji i posiadającą nadany kod ..... (proszę podać kod kwalifikacji);
- prowadzącą do nabycia kwalifikacji/kompetencji z obszarów istotnych dla regionu ..... (proszę podać obszar posiłkując się dokumentem pomocniczym załączonym do Formularza rekrutacyjnego);
- dotyczącą szeroko rozumianych usług opieki długoterminowej o charakterze społecznym (dotyczy także opiekunów nieformalnych w ramach opieki długoterminowej, którzy chcą podnieść kompetencje/umiejętności).

**Oświadczam, iż należę do grupy osób będących w niekorzystnej sytuacji zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (proszę wybrać minimum jedną kategorię odnoszącą się do Pani/Pana)**

- zamieszkuję obszary poza Radomiem
- mam lat 60 lub więcej
- posiadam wykształcenie maksymalnie ponadgimnazjalne
- jestem osobą z niepełnosprawnością
- jestem obywatelem krajów trzecich i w przypadku zakwalifikowania do projektu zobowiązuję się okazać stosowny dokument potwierdzający przynależność do grupy obywateli krajów trzecich do wglądu kadrze projektu podczas realizacji wsparcia dodatkowego
- należę do mniejszości narodowych



- jestem osobą w kryzysie bezdomności
- doświadczam ubóstwa, wykluczenia społecznego lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub jestem zagrożony/zagrożona takimi zjawiskami – proszę uzasadnić<sup>11</sup>
- .....
- .....
- .....

Jednocześnie,

1. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się i akceptuję treść regulaminu rekrutacji i uczestnictwa wraz ze wszystkimi załącznikami do regulaminu, w projekcie „Mazowiecki Popyt na Certyfikat” realizowanym przez ADVANCE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.
2. Oświadczam, że z własnej inicjatywy zgłaszam się do Projektu i chcę podnieść swoje kompetencje/kwalifikacje.
3. Oświadczam, że jestem osobą dorosłą, która ukończyła 18. rok życia.
4. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie podregionu radomskiego.
5. Oświadczam, że NIE jestem zarejestrowany/-a w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) ani w żadnym innym rejestrze przedsiębiorców i NIE prowadzę działalności gospodarczej (dotyczy również zawieszanej działalności gospodarczej).
6. Oświadczam, że NIE korzystam, ze wsparcia u innego Operatora w ramach tego samego działania, w tym samym czasie.
7. Oświadczam, iż nie korzystam z tożsamego wsparcia (o tym samym zakresie tematycznym) dotyczącym rozwoju kompetencji cyfrowych z programu FERS w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego.
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do udziału w projekcie „Mazowiecki Popyt na Certyfikat”. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne (podstawa prawna: pkt 32, pkt 42, pkt 43, pkt 171 preambuły, art. 4 pkt 11, art. 5 ust. 1 lit. b, art. 7 rozporządzenia 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.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).

---

<sup>11</sup> Operator ma prawo uznać, że przesłanka przynależności do grupy osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji jest niespełniona, jeżeli uzna, że uzasadnienie jest niewystarczające.



11. Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z powodu sankcji wobec podmiotów i osób odpowiedzialnych i wspierających działania wojenne Rosji przeciwko Ukrainie.
12. Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych niniejszym formularzu do celów związanych z rekrutacją, przeprowadzeniem szkolenia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych.
13. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają moją sytuację prawną oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam świadoma/-y odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego.
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przekazanych przeze mnie dokumentach do ww. Projektu w celu przeprowadzenia naboru i udzielenia wsparcia.
15. Zostałem/-am poinformowany/-a, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić zakwalifikowania do udziału w Projekcie.
16. Zobowiązuję się do niezwłocznego, w terminie 5 dni, powiadomienia o zmianie danych, które decydują o kwalifikowalności do Projektu.

**Do Formularza Zgłoszeniowego załączam:**

- Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania na terenie podregionu radomskiego.
- Kopię orzeczenia o niepełnosprawności (o ile dotyczy).
- Inne (o ile dotyczy).

.....

*miejsowość i data*

.....

*czytelny podpis Kandydatki/Kandydata do projektu*