



Załącznik nr 3. Formularz rekrutacyjny do projektu pt.: „Ryduł-to-WY to MY - społeczna transformacja”

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu pt.: „Ryduł-to-WY to MY - społeczna transformacja”

Projekt skierowany jest do mieszkańców Rydułtów oraz osób pracujących lub uczących się na terenie miasta Rydułtów.

KATEGORIA UCZESTNIKA:	MIESZKANIEC Rydułtów <i>wskazany poniżej adres zamieszkania musi potwierdzać fakt zamieszkiwania na terenie miasta Rydułtów</i>	<input type="checkbox"/>
	OSOBA UCZĄCA SIĘ na terenie Rydułtów <i>konieczne zaświadczenie z placówki</i>	<input type="checkbox"/>
	OSOBA PRACUJĄCA na terenie Rydułtów <i>konieczne zaświadczenie z zakładu pracy</i>	<input type="checkbox"/>

DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU

IMIĘ										
NAZWISKO										
PŁEĆ	KOBIETA	<input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA	<input type="checkbox"/>						
PESEL										
WYKSZTAŁCENIE	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) <i>przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum</i>									<input type="checkbox"/>
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) <i>osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną</i>									<input type="checkbox"/>
	WYŻSZE (ISCED 5–8) <i>osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie</i>									<input type="checkbox"/>
ADRES ZAMIESZKANIA:										
KOD POCZTOWY				MIEJSCOWOŚĆ						
TEL. KONTAKTOWY				ADRES E-MAIL						

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	<input type="checkbox"/> OSOBA BEZROBOTNA <i>osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia</i>	w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne



	<input type="checkbox"/> OSOBA BIERNIA ZAWODOWO <i>osoby uczące się, studenci, emeryci, renciści oraz osoby, które nie pracują i nie są bezrobotne</i>	w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> OSOBA PRACUJĄCA	w tym: <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 <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <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 (jakie?)
OSOBA PRACUJĄCA W GÓRNICTWIE LUB BRANŻY OKOŁOGÓRNICZEJ		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

***w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko oraz czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU „Ryduł-to-WY to MY – społeczna transformacja”

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Ryduł-to-WY to MY – społeczna transformacja”, realizowanym przez Miasto Rydułtowy, Stowarzyszenie Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS oraz Pszowskie Stowarzyszenie Strzeleckie Kaliber w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Funduszu Sprawiedliwej Transformacji.
2. Zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Ryduł-to-Wy to MY – społeczna transformacja”*, akceptuję jego warunki i spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie w nim określone.
3. Zapoznałem/-am się z klauzulami informacyjnymi RODO stanowiącymi załączniki do *Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Ryduł-to-Wy to MY – społeczna transformacja”*.
4. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Realizatorom projektu dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy, informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. Zobowiązuję się do udziału w badaniu ewaluacyjnym i udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące rezultatów projektu.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

***w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko oraz czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego**



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

W związku z przystąpieniem do projektu „Ryduł-to-WY to MY – społeczna transformacja”, **wyrażam/nie wyrażam**** zgodę na wykorzystanie mojego **wizerunku/wizerunku małoletniego pozostającego pod moją opieką**** w trybie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2509 z późn. zm.)

Mój wizerunek/wizerunek małoletniego pozostającego pod moją opieką** może być wykorzystany do celów promocyjnych projektu, w tym przedstawiony w artykułach i zamieszczony na stronach internetowych Realizatorów projektu oraz na portalach społecznościowych, w szczególności Facebook, Instagram.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

***w przypadku osób niepełnoletnich imię i nazwisko oraz czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego**

**** niepotrzebne skreślić**

WYPEŁNIA PODMIOT PROWADZĄCY REKRUTACJĘ	
DATA PRZYJĘCIA FORMULARZA	
ZAŚWIADCZENIE (W PRZYPADKU WERYFIKACJI NAUKI/ZATRUDNIENIA)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE ORAZ RODZAJ WSPARCIA <i>za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznają się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia</i>	
PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP PREFEROWANYCH	<input type="checkbox"/> KOBIECIA <input type="checkbox"/> OSOBY MŁODE OD 15 DO 29 ROKU ŻYCIA