

FORMULARZ PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Szansa na zatrudnienie” nr umowy 113/RPLU.10.04.00-06-0018/18-00

Dane personalne

Imię (imiona):	Nazwisko:
PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Miejsce urodzenia:
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	

Miejsce zamieszkania

Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Miejscowośćul. nr domu..... nr lokalu
(jeżeli miejsce zamieszkania nie posiada nazwy ulicy, proszę podać nazwę miejscowości)

Kod pocztowy _ _ - _ _ _ Gmina Powiat

Kontakt

Telefon _ _ _ _ _ _ _ _ e-mail:.....

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć właściwe) e - mail telefon

Wykształcenie

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> pomaturalne (szkoła policealna) |
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
<small>(liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa)</small> | <input type="checkbox"/> wyższe (w tym licencjackie) |

Deklaracja uczestnictwa w szkoleniu (jedno do wyboru)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Specjalista/ka ds. kadr i płac z egz. ECDL | <input type="checkbox"/> Szkolenia związane z obsługą sprzętu
<small>(proszę wskazać obszar tematyczny):</small> |
| <input type="checkbox"/> Sprzedawca/czyni z egz .ECDL | <input type="checkbox"/> Operator/ka koparko-ładowarki |
| <input type="checkbox"/> Prawo jazdy kat. C (lub C+E) + kwalifikacja wstępna przyspieszona | <input type="checkbox"/> Operator/ka agregatów tynkarskich |
| <input type="checkbox"/> Magazynier/ka z egz. UDT na obsługę wózków | <input type="checkbox"/> Monter/ka rusztowań |
| <input type="checkbox"/> Monter/ka instalacji elektrycznych z egz. SEP | <input type="checkbox"/> Operator/ka żurawi przenośnych HDS |
| | <input type="checkbox"/> Prawo jazdy kat. T |
| | <input type="checkbox"/> Inne szkolenie zawodowe
<small>(proszę wskazać obszar tematyczny np.: księgowość, wizażystka, kucharz, opiekunka, inne):</small> |
| | <input type="checkbox"/> |

- Zobowiązuję się do uczestnictwa w:
- indywidualnym doradztwie
 - warsztatach grupowych
 - indywidualnym pośrednictwie pracy
 - indywidualnych spotkaniach z psychologiem
 - stażu zawodowym (3-4 m-ce)

Preferowany termin i miejsce odbywania kursu Lubartów Lublin inne (jakie).....
data

Miejscowość i data

Czytelny podpis



OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH
(*należy wskazać właściwe zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym*)

Jestem osobą zamieszkałą, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, na terenie województwa lubelskiego, na terenie gminy (proszę wskazać)

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Głusk | <input type="checkbox"/> Jabłonna | <input type="checkbox"/> Jastków | <input type="checkbox"/> Konopnica |
| <input type="checkbox"/> Niedzwica Duża | <input type="checkbox"/> Niemce | <input type="checkbox"/> Strzyżewice | <input type="checkbox"/> Wólka |
| <input type="checkbox"/> Lublin | <input type="checkbox"/> Miasto Lubartów | <input type="checkbox"/> Lubartów | <input type="checkbox"/> Mełgiew |
| <input type="checkbox"/> Piaski | <input type="checkbox"/> Świdnik | <input type="checkbox"/> Spiczyn | <input type="checkbox"/> Nałęczów |

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem pracownikiem zagrożonym zwolnieniem - pracownikiem zatrudnionym u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, 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. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną (należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy)

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę wskazać wykonywany zawód

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego | <input type="checkbox"/> pracownik systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |
| <input type="checkbox"/> pracownik wsparcia ekonomii społecznej | <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | <input type="checkbox"/> rolnik |
| <input type="checkbox"/> inny (jaki?) | | |

Miejsce zatrudnienia (proszę wskazać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)

.....

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki



Jestem pracownikiem przewidziany do zwolnienia -pracownikiem, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. (należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy)

TAK

NIE

Jeśli tak, proszę wskazać wykonywany zawód

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego | <input type="checkbox"/> pracownik systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |
| <input type="checkbox"/> pracownik wsparcia ekonomii społecznej | <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | <input type="checkbox"/> rolnik |
| <input type="checkbox"/> inny (jaki?) | | |

Miejsce zatrudnienia (proszę wskazać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Prowadzę działalność gospodarczą na własny rachunek

TAK

NIE

.....
Podpis Kandydata/ Kandydat

Jestem osobą zwolnioną z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu (należy dołączyć kopię świadectwa pracy potwierdzającego zwolnienie z przyczyn zakładu pracy)

TAK

NIE

„Przyczyna dotycząca zakładu pracy”, zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 29 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, obejmuje następujące przypadki:

- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników;
- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych;
- wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i nie zaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy;
- rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 Kodeksu Pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki



Jestem osobą z niepełnosprawnością (należy dołączyć kopię orzeczenia)

Za osoby z niepełnosprawnością uznaje się osoby z niepełnosprawnością w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r., Nr 231 poz. 1375) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

Nie jestem osobą z niepełnosprawnością

Odmawiam podania informacji

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą bezrobotną, czyli:

zarejestrowaną w urzędzie pracy jako bezrobotna (należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy)

lub

niezarejestrowaną w urzędzie pracy, ale poszukującą pracy i gotową do jej podjęcia (należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy)

Nie jestem osobą bezrobotną

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą długotrwale bezrobotną, pozostając bez zatrudnienia (proszę wybrać w zależności od wieku):

dla osób w wieku do 25 lat - nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy

dla osób w wieku 25 lat lub więcej - nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy

Nie jestem osobą długotrwale bezrobotną

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą bierną zawodowo, czyli nie pracuję i nie jestem zarejestrowana(y) w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy, w tym:

osobą uczącą się

osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu

Nie jestem osobą bierną zawodową

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem rolnikiem/domownikiem zarejestrowanym w KRUS

TAK

NIE

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia.

TAK

NIE

Odmawiam podania informacji

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.

TAK

NIE

Odmawiam podania informacji

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).

TAK

NIE

Odmawiam podania informacji

.....
Podpis Kandydata/ Kandydatki

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Szansa na zatrudnienie” (zwany dalej „projektem”), zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (zwany dalej „regulaminem”), akceptuję wszystkie postanowienia regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w regulaminie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 i jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Szansa na zatrudnienie” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Mam świadomość, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń.
5. Mam świadomość, że wszystkie dokumenty przekazane Lubelskiej Fundacji Rozwoju stają się własnością LFR i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Lubelską Fundację Rozwoju.
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.
8. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy, **do 4 tygodni** od zakończenia udziału w projekcie.
10. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Lubelskiej Fundacji Rozwoju kopii umowy o pracę/zlecenie/dzieło lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenia z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzającego prowadzenie działalności gospodarczej za trzy pełne miesiące, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
11. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Lubelskiej Fundacji Rozwoju o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu przystąpienia do udziału w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.
12. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)