

## FORMULARZ REKRUTACYJNY – SZKOLENIE KOMPUTEROWE

do projektu nr RPSL.11.04.03-24-000B/19-002 „Śląski program podnoszenia kompetencji językowych i komputerowych” realizowanego przez Perfect English Małgorzata Stone w partnerstwie z L. Grant Albert Binda w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa XI Wzmocnienie potencjału edukacyjnego Działanie 11.4 Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób dorosłych Poddziałanie 11.4.3 Kształcenie ustawiczne - konkurs.

### I. DANE KANDYDATA/TKI (proszę zaznaczyć znakiem „x” i /lub uzupełnić)

1.	Imię (imiona)	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL (jeśli nie ma należy wpisać „brak”)	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek (na dzień złożenia formularza)	
6.	Jestem osobą z niepełnosprawnością (posiadam orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe lub brak wykształcenia <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa - ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum - ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa - ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (szkoły policealne - ISCED 4) <input type="checkbox"/> Studia krótkiego cyklu (ISCED 5) <input type="checkbox"/> Studia licencjackie lub odpowiednik (studia I stopnia - ISCED 6) <input type="checkbox"/> Studia podyplomowe, studia magisterskie lub odpowiednik (studia II stopnia - ISCED 7) <input type="checkbox"/> Doktoranckie (studia doktoranckie - ISCED 8)

### II. DANE KONTAKTOWE (proszę uzupełnić)

8.	Adres zamieszkania (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego <sup>1</sup> )	Województwo:
9.		Powiat:
10.		Gmina:
11.		Subregion:
12.		Miejscowość:
13.		Kod pocztowy:
14.		Ulica:

<sup>1</sup> Zgodnie z art.25 Kodeksu Cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Dla ustalenia, że dana osoba ma miejsce zamieszkania w określonej miejscowości (kraju), konieczne jest stwierdzenie występowania dwóch przesłanek – przebywania i zamiaru stałego pobytu.



15.		Numer budynku/lokalu:
16.	Adres korespondencyjny <b>(jeżeli inny niż zamieszkania)</b>	Miejscowość:
17.		Kod pocztowy:
18.		Ulica:
19.		Numer budynku/lokalu:
20.		Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – wypełnia osoba weryfikująca dokument
21.	Telefon kontaktowy	
22.	Adres e-mail	
23.	Preferowany kanał informacyjny	<input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> inny .....

**III. STATUS NA RYNKU PRACY** (proszę zaznaczyć znakiem „x”)

24.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  <b>Na potwierdzenie statusu osoby pracującej należy przedstawić zaświadczenie od pracodawcy</b>	<p>Oświadczam, że jestem osobą pracującą</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>na podstawie:</p> <p><input type="checkbox"/> umowy o pracę</p> <p><input type="checkbox"/> umowy zlecenia</p> <p><input type="checkbox"/> umowy o dzieło</p> <p><input type="checkbox"/> inne .....</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
25.	Wykonywany zawód <b>(wypełniają wyłącznie osoby o statusie osoby pracującej)</b>	<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 instytucji 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 wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej



		<input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inny
26.	Nazwa i adres oraz NIP zakładu pracy (w przypadku firmy działającej na terenie całego kraju należy podać adres oddziału z terenu województwa śląskiego)	

#### IV. Wybór tematyki szkolenia

27.	<b>Szkolenia komputerowe z zakresu DC M1 Informacja, DC M2 Komunikacja, DC M3 Tworzenie treści, DC M4 Bezpieczeństwo, DC M5 Rozwiązywanie problemów.</b> <b>UWAGA!</b> Poziom zaawansowania będzie podlegał weryfikacji poprzez wypełnienie testu wiedzy TIK.	Deklarowany poziom zaawansowania (samoocena) <input type="checkbox"/> poziom podstawowy <input type="checkbox"/> poziom średniozaawansowany <input type="checkbox"/> poziom zaawansowany
28.	Indywidualne preferencje dotyczące tematyki szkolenia TIK:	

#### V. DODATKOWE INFORMACJE (proszę uzupełnić)

29.	Preferowana certyfikacja zewnętrzna jako element obowiązkowej walidacji po ukończonym szkoleniu TIK:
30.	Preferowane dni i pory szkolenia. Prosimy o zaznaczenie <u>wszystkich</u> możliwych opcji godzinowych w poniższej tabeli.

Pory zajęć	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
rano							
Po południu							
Wieczorem							

++ zdecydowanie NAJLEPSZE

+ możliwe

- zdecydowanie NIE PASUJE

Zajęcia będą się odbywać dwa razy w tygodniu po 2 godziny lub raz w tygodniu po 4 godzin lekcyjne.  
Możliwość zmiany systemu realizacji zajęć, zgodnie z preferencjami uczestników.

#### VII. ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE (proszę zaznaczyć znakiem „x” i /lub uzupełnić)

30.	<input type="checkbox"/> Plakat <input type="checkbox"/> Ulotka <input type="checkbox"/> Przekaz słowny <input type="checkbox"/> Spotkanie promocyjne <input type="checkbox"/> Powiatowy Urząd Pracy	<input type="checkbox"/> Ogłoszenia w prasie <input type="checkbox"/> Strona www <input type="checkbox"/> PCPR, OPS lub inna instytucja państwowa np. urząd gminy/miasta <input type="checkbox"/> Inne:.....
-----	--	---

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż:

- zapoznałem/am się z Regulaminem projektu oraz akceptuję jego warunki,
- jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w Projekcie;



- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla uczestnictwa w Projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2018, poz. 1000);
- wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego;
- zostałem/am poinformowany/a o przysługujących udogodnieniach wynikających z posiadanej niepełnosprawności, których lista umieszczona została na stronie projektu.\*
- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego;
- mam świadomość, że zajęcia mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania;
- wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych i innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Śląski program podnoszenia kompetencji językowych i komputerowych”.
- mam świadomość, że złożenie Formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
- wezmę udział we wszystkich zaplanowanych dla mnie formach wsparcia;
- podstawą umożliwiającą przetwarzanie moich danych osobowych jest art.6 ust.1 pkt. c) oraz art.9 ust.2 pkt. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej RODO);
- oświadczam, że spełniam warunki grupy docelowej niniejszego projektu określone w §4 Regulaminu projektu, tj.:
  - jestem osobą pracującą, która: ma 25 lat lub więcej,
  - zamieszkuje na terenie Subregionu\*\* Centralnego/ Południowego/ Północnego/ Zachodniego województwa śląskiego zgodnie z wykazem miast w zał. 3 (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu),
  - należę do jednej z grup defaworyzowanych, wymienionych w §4 Regulaminu rekrutacji,
  - zgłaszam z własnej inicjatywy chęć podnoszenia uzupełnienia i potwierdzenia umiejętności z zakresu język obcego;
  - Jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Organizatora, obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Organizator będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis Kandydata/ Kandydatki*

\*Niepotrzebne skreślić. Dotyczy tylko osób z niepełnosprawnością.

\*\*Niepotrzebne skreślić.



WYPEŁNIA BENEFICJENT		
1.	Data wpływu formularza zgłoszeniowego	
2.	Potwierdzenie zgodności podanych danych z dokumentem tożsamości uczestnika*	
3.	Indywidualny numer zgłoszeniowy	
4.	Rodzaj przyznanego wsparcia	
5.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR)	
6.	Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR)	
7.	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	

\*potwierdzenie zgodności danych z dowodem osobistym w przypadku osobistego dostarczenia formularza do biura projektu