

Załącznik 1a: FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Spełnienie kryteriów obligatoryjnych	Suma punktów	Podpis oceniającego		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Numer formularza zgłoszeniowego	Data wpływu formularza	Podpis pracownika projektu		
Tytuł i numer projektu:	Profesjonalne kształcenie zawodowe kluczem do sukcesu na rynku pracy II RPDS.10.04.01-02-0020/18			
Priorytet:	10. Edukacja			
Działanie:	10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy			
Poddziałanie	10.4.1 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy-konkursy horyzontalne			

Proszę wypełnić tylko białe pola formularza **DRUKOWANYMI LITERAMI** i zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pola.

CZ. I DANE KANDYDATA/KANDYDATKI					
Imię (imiona)					
Nazwisko					
Data urodzenia					
PESEL					
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadpodstawowe/ ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
Adres zamieszkania	Województwo:				
	Powiat:				
	Gmina:				
	Miejscowość:				
	Ulica:				
	Numer budynku:		Numer lokalu:		
	Kod pocztowy:				
Poczta:					
Numer telefonu					
Adres e-mail					
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		

Czy jest osobą pracującą na obszarze Gminy Wrocław?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zawód/kwalifikacje (proszę zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> fryzjer	<input type="checkbox"/> technik informatyk
	<input type="checkbox"/> techniku usług fryzjerskich	<input type="checkbox"/> licencjat z obszaru informatyki
	<input type="checkbox"/> czeladnik	<input type="checkbox"/> magister informatyki
	<input type="checkbox"/> mistrz	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe z informatyki
	<input type="checkbox"/> studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> technik bhp
	<input type="checkbox"/> Inny:	<input type="checkbox"/> inny:
Instruktor/Instruktorka praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy kandydat/kandydatka jest osobą z niepełnosprawnością?		
Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.).		
<input type="checkbox"/> tak* <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji *Jeśli tak, kandydat wypełnia formularz diagnostyczny badający potrzebę AON, specjalnych potrzeb żywieniowych, transportu itp.		
Czy kandydat/kandydatka posiada specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawność?		
<input type="checkbox"/> tak* *Jeśli tak, to jakie?..... <input type="checkbox"/> nie		
Czy kandydat/kandydatka jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia*?		
* Mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska. Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy: każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.		
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, należę do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> tak, jestem migrantem <input type="checkbox"/> tak, jestem osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji		
Czy kandydat/kandydatka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach). 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane). 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą). 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

Czy kandydat/kandydatka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.

(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia).

tak nie

odmowa podania informacji

liczba punktów premiujących

CZ. II GOTOWOŚĆ KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, jestem zainteresowany/a uczestnictwem w:

- kursie nowoczesne trendy we fryzjerstwie
- kursie programowania i projektowania stron www
- kursie oceny ryzyka zawodowego

W celu wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych należy zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pole.

Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w powyższym zakresie przez Administratora Danych, którym jest:

1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego,
2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,

w celach realizacji projektu pn. „Profesjonalne kształcenie zawodowe kluczem do sukcesu na rynku pracy II” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ny, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis kandydata/tki