



**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
**PROJEKT: "KOMPUTER BEZ STRACHU I TAJEMNIC - WSPARCIE ROZWOJU KOMPETENCJI TIK"**  
**NR: RPSW.08.04.03-26-0007/17 - AKTUALIZACJA Z DN.18.09.2018**

**Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:**

Numer Formularza Rekrutacyjnego	Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

**DANE PERSONALNE**

Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):**

Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwie zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski

**DANE KONTAKTOWE**

Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____
-----------------------	---------------------

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA**  
**(właściwie zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):**

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
---	---





- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego              |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy               |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego      |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu 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, jaki? _____   |   |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji i adres miejsca pracy): \_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE - Oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Jestem osobą uczącą się, pracującą lub zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie Kieleckiego Obszaru Funkcjonalnego, tj. w mieście Kielce lub następujących gminach powiatu kieleckiego: Chęciny, Chmielnik, Daleszyce, Górnio, Masłów, Miedziana Góra, Morawica, Piekoszów, Sitkówka Nowiny, Strawczyn i Zagnańsk | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Jestem z własnej inicjatywy zainteresowana/y nabyciem, uzupełnieniem lub podwyższeniem umiejętności, kompetencji lub kwalifikacji w zakresie technik ICT (Technologii Informacyjno- Komunikacyjnych)   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Jestem osobą o niskich kwalifikacjach - mam wykształcenie maksymalnie średnie  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Jestem osobą z niepełnosprawnościami, zdolną do podjęcia zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy wpisać posiadany stopień niepełnosprawności: _____  |                              |                              |
| 6. Jestem osobą sprawującą stałą opiekę nad osobą zależną/osobą powracającą na rynek pracy po zakończonym okresie sprawowania opieki nad osobą zależną  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 7. Posiadam doświadczenie w obsłudze komputera  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 8. Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 9. Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 10. Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**Informacje na temat specjalnych, indywidualnych potrzeb względem uczestnictwa w projekcie (w tym związanych z niepełnosprawnością, ograniczeniami zdrowotnymi, stosowaną dietą, itp.) - jeśli dotyczy:**

Biuro Projektu: Al. IX Wieków Kielc 6/8, 25-516 Kielce



### POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Komputer bez strachu i tajemnic - wsparcie rozwoju kompetencji TIK”, numer projektu: RPSW.08.04.03-26-0007/17, potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Komputer bez strachu i tajemnic - wsparcie rozwoju kompetencji TIK” (numer PROJEKTU: RPSW.08.04.03-26-0007/17) oraz akceptuję zawarte w nim warunki.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Komputer bez strachu i tajemnic - wsparcie rozwoju kompetencji TIK” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
- 2) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
  - a) udzielenia wsparcia,
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
  - c) monitoringu,
  - d) ewaluacji,
  - e) kontroli,
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
  - g) sprawozdawczości,
  - h) rozliczenia projektu,
  - i) zachowania trwałości projektu,
  - j) archiwizacji.
- 3) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)

Biuro Projektu: Al. IX Wieków Kielc 6/8, 25-516 Kielce



- 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - Project Hub spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Trzcianeczka 3e, 60-434 Poznań oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu- HDA- Centrum Szkolenia, Doradztwa Finansowego i Biznesu Hubert Durlik z siedzibą w Kielcach, ul. Leśna 1A/2. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 – 2020;
- 5) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 6) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 7) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu „Komputer bez strachu i tajemnic - wsparcie rozwoju kompetencji TIK” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 9) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10) Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Project HUB Sp. z o.o. (Lider Projektu) i HDA - Centrum Szkolenia, Doradztwa Finansowego i Biznesu Hubert Durlik (Partner Projektu) dla celów reklamowych, informacyjnych, promocyjnych, marketingowych związanych z niniejszym projektem oraz prowadzoną działalnością i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu, ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom uprawnionym do realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego.

Data i czytelny podpis: \_\_\_\_\_

**Do formularza należy dołączyć następujące załączniki:**

1. Aktualne zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy, potwierdzające status bezrobotnego- jeśli dotyczy.
2. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego, potwierdzającego niepełnosprawność Kandydata i jego zdolność do podjęcia zatrudnienia (o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*- Dz. U. z 2016 r., poz. 2046, z późn. zm. oraz ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*- Dz. U. z 2017 r., poz. 882, z późn. zm.) bądź odręcznie wypisane oświadczenie, potwierdzające w/w fakt oraz brak możliwości uzyskania stosownego dokumentu na potwierdzenie- dotyczy Kandydatów starających się o udział w Projekcie posiadających niepełnosprawność.
3. Kopia świadectwa szkolnego (załącznik nieobowiązkowy).