



DATA WPLYWU FORMULARZA DO URZĘDU MIASTA
SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla projektu „*Kształcenie ustawiczne i zawodowe mieszkańców Gminy Siemianowice Śląskie*”
współfinansowanego ze środków RPO WSL na lata 2014 – 2020 w ramach Osi priorytetowej
XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego, Działania. 11.4. Podnoszenie kwalifikacji
zawodowych osób dorosłych, Poddziałania. 11.4.1. Kształcenie ustawiczne.

DANE OSOBOWE		
Imię (imiona)		
Nazwisko		
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL		
Data urodzenia		

MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)			
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Numer budynku	Numer lokalu



ADRES KORESPONDENCYJNY (Jeżeli inny niż zamieszkania)					
Miejscowość		Kod pocztowy			
Ulica		Numer budynku		Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE					
Telefon					
E-mail					
Wybrany kanał komunikacyjny	<input type="checkbox"/> telefon	<input type="checkbox"/> e-mail	<input type="checkbox"/> inny.....		

STATUS NA RYNKU PRACY		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne
	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
Oświadczam, że jestem osobą pracującą	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Pozostałe informacje:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

- TAK
- NIE
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

- TAK
- NIE

Osoba z niepełnosprawnościami:

- TAK
- NIE
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:

- TAK
- NIE



Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących – w tym:
w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:

- TAK
- NIE

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:

- TAK
- NIE

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) :

- TAK
- NIE
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI

WYBÓR SZKOLENIA		
KURSY JĘZYKOWE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Język	<input type="checkbox"/> Język angielski <input type="checkbox"/> Język niemiecki	<input type="checkbox"/> Język francuski
Deklarowany poziom zaawansowania	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie posiadam żadnej znajomości danego języka	
Osoby deklarujące znajomość języka na poziomie A1 lub wyższym wypełniają test kwalifikujący	<input type="checkbox"/> A1 (Beginner) <input type="checkbox"/> B1 (Intermediate)	<input type="checkbox"/> C1 (Advanced)
Wynik testu (wypełnia Organizator)	Uzyskane punkty	Poziom
WALIDACJA I CERTYFIKACJA UMIEJĘTNOŚCI NABYTYCH POZA PROJEKTEM	<input type="checkbox"/> TAK Język..... <input type="checkbox"/> NIE	
SZKOLENIA KOMPUTEROWE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Tematyka szkoleń (można wybrać więcej niż jedną tematykę szkolenia)	<input type="checkbox"/> Informacja <input type="checkbox"/> Komunikacja <input type="checkbox"/> Tworzenie treści <input type="checkbox"/> Bezpieczeństwo <input type="checkbox"/> Rozwiązywanie problemów	<input type="checkbox"/> Szkolenia "szyte na miarę"- dostosowane do twoich potrzeb Jakie szkolenie potrzebujesz?



Deklarowany poziom zaawansowania Osoby deklarujące znajomość obsługi komputera na poziomie A, B lub C wypełniają test kwalifikujący	<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie posiadam żadnej wiedzy z obsługi komputera	
	<input type="checkbox"/> A (podstawowy) <input type="checkbox"/> C (zaawansowany)	<input type="checkbox"/> B (średniozaawansowany)
WALIDACJA I CERTYFIKACJA UMIĘTNOŚCI NABYTYCH POZA PROJEKTEM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

DEKLARACJA I OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/-na, wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Kształcenie ustawiczne i zawodowe mieszkańców Gminy Siemianowice Śląskie” i zgłaszam z własnej inicjatywy potrzebę podniesienia kompetencji.

A ponadto:

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kształcenie ustawiczne i zawodowe mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie” i bez zastrzeżeń akceptuję jego treść.
- Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie.
- Zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę/-y na rozpowszechnianie swojego wizerunku w związku z realizacją Projektu w celach promocyjnych.
- W przypadku zakwalifikowania do Projektu wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, testach sprawdzających poziom wiedzy, egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Kształcenie ustawiczne i zawodowe mieszkańców gminy Siemianowice Śląskie”.
- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, potwierdzam prawdziwość przekazanych danych własnoręcznym podpisem.
- 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.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata/kandydatki)



ZAŁĄCZNIKI

- Oświadczenie uczestnika projektu o danych osobowych - Załącznik nr 2 do Regulaminu
- Zaświadczenie o zatrudnieniu - Załącznik nr 5 do Regulaminu
- Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)¹

* Niepotrzebne skreślić

¹ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2016, poz. 2046 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2017, poz. 882 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia, który należy dołączyć do niniejszego formularza zgłoszeniowego.