|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data i godzina wpływu dokumentów aplikacyjnych:** |  |  |
| **Sprawdzono pod względem formalnym** |  | **TAK** |
|  |  | **NIE** |
| **Podpis osoby przyjmującej dokumenty** |  |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do udziału w projekcie pn. „**Poprawa warunków pracy w firmie INTERkrąź Sp. z o.o.”**realizowanego w ramach Osi priorytetowej 8 – Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.1 – Realizacja programów przekwalifikowania pracowników i wsparcie dla pracodawców.

*Wszystkie pola formularza należy wypełnić czytelnie* ***DRUKOWANYMI LITERAMI****.*

*Właściwe odpowiedzi proszę zaznaczyć znakiem* ***X*** *lub poprzez podkreślenie/pogrubienie lub w inny wyraźny sposób.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **DANE OSOBOWE** | | | | | | | | |
| 1 | Imię (imiona) |  | | |  | |  | | |
| 2 | Nazwisko |  | | |  | |  | | |
| 3 | Płeć |  | | | kobieta | | mężczyzna | | |
| 4 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | |  | |  | | |
| 5 | **PESEL (pole wymagane)** |  | | |  | |  | | |
| 6 | Wykształcenie |  | | | niższe niż podstawowe (ISCED 0)  podstawowe (ISCED 1) | | | | |
|  |  |  | | | gimnazjalne (ISCED 2) | | | | |
|  |  |  | | | ponadgimnazjalne (ISCED 3[[1]](#footnote-1)) | | | | |
|  |  |  | | | policealne (ISCED 4) | | | | |
|  |  |  | | | wyższe (ISCED 5-8) | | | | |
| **II** | **ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU** | | | | **CYWILNEGO** | | | | |
| 7 | Ulica |  | | |  | | | | |
| 8 | Nr budynku |  | | |  | | | | |
| 9 | Nr lokalu |  | | |  | | | | |
| 10 | Kod pocztowy |  | | |  | | | | |
| 11 | Miejscowość |  | | |  | | | | |
| 12 | Obszar | wiejski  miejski  Ilość mieszkańców:  miasto do 50 tys. mieszkańców  miasto do 200 tys. mieszkańców  miasto powyżej 200 tys. mieszkańców | | | | | | | |
| 13 | Gmina |  | | | | | | | |
| 14 | Powiat |  | | | | | | | |
| 15 | Województwo |  | | | | | | | |
| 16 | Kraj | **Polska** | | | | | | | |
| **III** | **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | |
| 17 | Telefon stacjonarny |  | | | | | | | |
| 18 | Telefon komórkowy |  | | | | | | | |
| 19 | Adres poczty elektronicznej (email) |  | | | | | | | |
| **IV** | **ADRES DO KORESPONDECJI (należy wypełnić jedynie gdy korespondencja powinna być kierowana na inny adres niż wskazany powyżej – pola 7-16)** | | | | | | | | |
| 20 | Ulica |  | |  | | | |  | |  |
| 21 | Nr budynku |  | |  | | | |  | |  |
| 22 | Nr lokalu |  | |  | | | |  | |  |
| 23 | Kod pocztowy |  | |  | | | |  | |  |
| 24 | Miejscowość |  |  | | |  | |  | |
| **V** | **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | | |
| 25 | Czy zamieszkuje Pan/Pani w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa małopolskiego? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 26 | Czy jest Pan/Pani osobą pracującą? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 27 | Czy pracuje Pan/Pani w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa małopolskiego? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 28 | Wykonywany zawód |  | |  | | | |  |  |
| 29 | Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) |  | |  | | | |  |  |
| **VI** | |  | | --- | | **INNE INFORMACJE/SZCZEGÓLNA SYSTUACJA KANDYDATA** | | | | | | | | | |
|  | **Uwaga! Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”**  Beneficjent informuje, iż Kandydat może odmówić podania danych wrażliwych, tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) jednakże ze względu na treść Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 wydanych przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju w dniu 22.04.2015 znak MIiR/H 2014-2020/13(01)/04/2015 informujemy iż:  w sytuacji gdy uczestnik będący osobą fizyczną lub jego opiekun prawny nie udzieli informacji na temat danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) istnieje możliwość wprowadzenia niekompletnych w ww. zakresie danych uczestnika pod warunkiem udokumentowania przez beneficjenta, iż działania w celu zebrania przedmiotowych danych zostały podjęte. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji opisanej w punkcie 5 (3.3.3 Zasady dotyczące pomiaru wskaźników w projekcie) Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. Niemniej, IZ (Instytucja Zarządzająca) musi być w stanie zapewnić wystarczające dowody, że dana osoba spełnia kryteria kwalifikowalności określone dla projektu**. *Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.*** | | | | | | | | |
| 30 | Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem lub osobą obcego pochodzenia? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | | |  |  | | --- | --- | | odmowa podania informacji |  | | |  | |
| 31 | Czy jest Pan/ Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | | |  |  | | --- | --- | | odmowa podania informacji |  | | |  | |
| 32 | Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | | |  |  | | --- | --- | | odmowa podania informacji |  | | |  | |  | |  |
| 33 | Czy jest Pan/Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | | |  |  | | --- | --- | | odmowa podania informacji |  | | |  | |
| **VII** | **INFORMACJE O PRACOWNIKU** | | | | | | | | |
| 34 | Proszę wpisać na jakim stanowisku Pan/Pani pracuje? |  |  | | |  | |  | |
| 35 | Jak długo Pan/Pani pracuje na w/w stanowisku?- całkowity staż pracy. |  |  | | |  | |  | |
| 36 | Jaki jest Pan/Pani staż pracy w firmie INTERkrąż Sp. z o.o.? |  |  | | |  | |  | |
| 37 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a na obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego na stanowisku pracy? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 38 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a na obciążenie psychologiczne na stanowisku pracy? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 39 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a na hałas? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 40 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a na środowisko? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 41 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a czynniki chemiczne? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |
| 42 | Czy jest Pan/Pani obecnie w pracy narażony/a pracę w środowisku zapylonym? |  | |  |  | | --- | --- | |  tak |  nie | | | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIII** | **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** | |
| 43 | O projekcie dowiedziałem/ dowiedziałam się z: | * plakatu informacyjnego * ulotek informacyjnych * ogłoszeń w prasie regionalnej * Internetu * przekazu słownego (np. od znajomych, rodziny) * spotkań informacyjno-rekrutacyjnych * innych źródeł *(jakich?) …………………………..………..* |
| **IX** | **PREFEROWANE UDOGODNIENIA DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ** | |
| 44 | Proszę wskazać jakie ułatwienia umożliwią Panu/Pani udział w projekcie? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **X** | **WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU PO ZAKWALIFIKOWANIU DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | |  |
| 45 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie: |  | |  |
| 46 | Data zakończenia udziału w projekcie: |  | |  |
| 47 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa: |  **tak** | |  | | --- | |  **nie** | |  |

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z **Poprawa warunków pracy w firmie INTERkrąź Sp. z o.o.”, nr** **RPMP.08.06.01-12-0165/17** i akceptuję jego zapisy.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. **Nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju i zmierzają do osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.**
4. Zostałem/am poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Deklaruję, że dobrowolnie zgłaszam się do projektu.

|  |
| --- |
|  |
| **DATA I PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego**:

Oświadczenie uczestnika projektu.

Załącznik nr 2:

Oświadczenie o zatrudnieniu kandydata w firmie Interkrąż.

Oświadczenie o zamieszkaniu w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa małopolskiego.

Oświadczenie o zatrudnieniu na terenie województwa małopolskiego.

Oświadczenie o wieku kandydata do projektu.

Załącznik nr 3: Deklaracja uczestnictwa w projekcie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria przyznawania punktów** | **Punkty** | **Przyznane punkty** |
| Długość pracy na stanowisku obciążającym zdrowie | od 0-6 |  |
| Długość stażu u pracodawcy | od 0-6 |  |
| Rodzaj obciążenia zdrowotnego | od 0-6 |  |
| **SUMA PRZYZNANYCH PUNKTÓW:** |  |  |

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą:**

zatrudnioną na podstawie umowy o pracę w firmie INTERkrąż Sp. z o.o. tak nie

jestem osobą pracującą na terenie województwa małopolskiego tak nie

zamieszkuję zgodnie z Kodeksem cywilnym na terenie województwa małopolskiego

tak nie

jestem osobą powyżej 50 roku życia tak nie

**oraz spełniam przynajmniej jedno z wymienionych poniżej kryteriów:**

jestem osobą pracującą w szczególnych warunkach przez okres co najmniej 6 miesięcy przed datą udzielenia wsparcia w Projekcie tj.

1. W górnictwie tak nie
2. W energetyce tak nie
3. W hutnictwie i przemyśle metalowym tak nie
4. W chemii tak nie
5. W budownictwie i przemyśle materiałów budowlanych tak nie
6. W leśnictwie, przemyśle drzewnym i papierniczym tak nie
7. W przemyśle lekkim tak nie
8. W transporcie i łączności tak nie
9. W gospodarce komunalnej tak nie
10. W rolnictwie i przemyśle rolno-spożywczym tak nie
11. W przemyśle poligraficznym tak nie
12. W służbie zdrowia i opiece społecznej tak nie
13. W zespołach formujących szkło tak nie
14. Prace różne  tak nie

jestem osobą doświadczającą obciążeń zdrowotnych na stanowisku pracy. Czynniki występujące na moim stanowisku pracy:

1. Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego tak nie
2. Obciążenie psychiczne tak nie
3. Hałas tak nie
4. Środowisko tak nie
5. Czynniki chemiczne tak nie
6. Praca w środowisku zapylonym. tak nie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **DATA I MIEJSCE** | **PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** |

1. **ISCED 3**: liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa [↑](#footnote-ref-1)