

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu pn.: „**Klub Rozwoju Cyfrowego w Wierchosławicach**” realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, Priorytet I. Umiejętności, Działanie 01.09 Rozwój kompetencji cyfrowych; współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,

Beneficjent		Gmina Wierchosławice	
Uzupełnia osoba przyjmująca dokument			
Nr formularza zgłoszeniowego		Data, godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej	

WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU				
DANE PODSTAWOWE				
Nazwisko				
Imię				
Obywatelstwo				
Płeć (zaznaczyć X)	Kobieta		Mężczyzna	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu				
PESEL				
Brak PESEL (zaznaczyć X)	TAK		NIE	
Kraj pochodzenia				
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) (przedszkole, Szkoła Podstawowa, gimnazjum)			
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)			
	WYŻSZE (ISCED 5-8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)			

DANE KONTAKTOWE - adres miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego				
Województwo				
Powiat				
Gmina				
Miejscowość				
Ulica				
Nr budynku/nr lokalu				
Kod pocztowy				
Telefon kontaktowy				
Adres e-mail				
Status kandydata/-tki na uczestnika projektu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy zaznaczyć odpowiednio X)				
Osoba bezrobotna	TAK		NIE	
w tym:				
Osoba długotrwale bezrobotna	TAK		NIE	
Osoba bierna zawodowo	TAK		NIE	
w tym:				
Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	TAK		NIE	
Osoba ucząca się (odbywająca kształcenie)	TAK		NIE	
Inne	TAK		NIE	
Osoba pracująca	TAK		NIE	
W tym:				
Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	TAK		NIE	
Osoba pracująca w administracji rządowej	TAK		NIE	
Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)	TAK		NIE	
Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	TAK		NIE	
Osoba pracująca w MMŚP	TAK		NIE	
Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	TAK		NIE	
Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	TAK		NIE	
Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	TAK		NIE	

Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	TAK		NIE	
Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	TAK		NIE	
Osoba pracująca na uczelni	TAK		NIE	
Osoba pracująca w instytucie naukowym	TAK		NIE	
Osoba pracująca w instytucie badawczym	TAK		NIE	
Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicza	TAK		NIE	
Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	TAK		NIE	
Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	TAK		NIE	
Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	TAK		NIE	
Inne	TAK		NIE	
Status kandydata/-tki na uczestnika projektu na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy zaznaczyć odpowiednio X)				
Osoba należąca do mniejszości narodowej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	TAK		NIE	
	Odmowa podania informacji			
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK		NIE	
Osoba obcego pochodzenia	TAK		NIE	
Osoba z krajów trzecich objętych wsparciem w programie	TAK		NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	TAK		NIE	
DANE DODATKOWE				
Proszę wskazać czy występują specjalne potrzeby, które mogą wpływać na jakość uczestnictwa w projekcie	TAK		NIE	
Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję: (jeśli dotyczy)				
dostępność architektoniczna na przykład podjazd	TAK		NIE	
przygotowanie materiałów informacyjnych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa	TAK		NIE	
wideotłumacz języka migowego	TAK		NIE	
pętla indukcyjna	TAK		NIE	



obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością	TAK		NIE	
specjalne potrzeby żywieniowe,	TAK		NIE	
jeśli TAK to proszę wskazać jakie				
zapewnienie warunków dla psa asystującego	TAK		NIE	
inne na przykład: wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust. Jeśli tak, proszę wymienić.				
Oświadczam, że jestem zainteresowana oferta edukacyjną w zakresie, w tym				
Tematy z zakresu e-usług publicznych, m.in.:				
• korzystanie z portali obywatel.gov.pl, podatki.gov.pl, empatia.mpips.gov.pl,	TAK		NIE	
• korzystanie z portalu pacjent.gov.pl, w tym Internetowe Konto Pacjenta;	TAK		NIE	
• profil zaufany - jak założyć i korzystać	TAK		NIE	
Tematy, które pozwalają nabyć uczestnikom umiejętności wskazane w poszczególnych obszarach kompetencji cyfrowych DigComp 2.2.:				
• umiejętność korzystania z informacji i danych;	TAK		NIE	
• komunikacja i współpraca;	TAK		NIE	
• tworzenie treści cyfrowych;	TAK		NIE	
• bezpieczeństwo oraz rozwiązywanie problemów.	TAK		NIE	
Tematy zgodnie z diagnozą potrzeb mieszkańców/mieszkanek tj.: inne aplikacje np. rezerwacja noclegu, zakup biletu lotniczego, komunikacja lokalna itp.); podstawy obsługi komputera i Internetu; korzystanie z bankowości elektronicznej, E-handel (zakupy i sprzedaż w Internecie); korzystanie ze smartfonów i aplikacji mobilnych i komunikatorów internetowych;	TAK		NIE	

Inne. Jeśli tak, proszę wymienić.	TAK		NIE	
Jeśli tak, proszę wymienić.				
Oświadczam, że jestem zainteresowana udziałem w:				
Warsztatach grupowych	TAK		NIE	
Spotkaniach grupowych	TAK		NIE	
Doradztwie indywidualnym	TAK		NIE	
Konsultacjach indywidualnych	TAK		NIE	
Oświadczam, że jestem zainteresowana udziałem:				
Od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych	TAK		NIE	
Od poniedziałku do piątku w godzinach popołudniowych	TAK		NIE	
W sobotę w godzinach przedpołudniowych	TAK		NIE	

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i w pełni akceptuję jego zapisy;
2. Zostałem/am poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku na potrzeby promocji (w tym na stronie internetowej i w mediach społecznościowych Gminy Wierzchosławice oraz Gminnej Biblioteki Publicznej w Wierzchosławicach), realizacji projektu i sprawozdawczości.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz udziału w projekcie pn. Klub Rozwoju Cyfrowego w Wierzchosławicach, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
6. Oświadczam, że zgodnie z art.14 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz. Urz. UE. L 119 z 4 maja 2016 r. otrzymałem klauzule administratorów: Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa oraz Centrum Projektów Polska Cyfrowa z siedzibą w Warszawie (01-044), ul. Spokojna 13a.

Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/-tki na
Uczestnika/-czkę Projektu