



TYP 2 PROJEKTU	FORMULARZ APLIKACYJNY - PRACOWNIK ODDELEGOWANY PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO -		
Tytuł projektu	Kobieta sukcesu – to Ty!	Nr projektu	FEPM.05.04-IZ.00-0045/25

Formularz Aplikacyjny należy wypełnić w języku polskim, elektronicznie lub od ręcznie, czytelnie, wielkimi literami lub wstawić „X” w wyznaczonych polach.

RODZAJ UCZESTNIKA	INDYWIDUALNY	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU	X
NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu)			

DANE OSOBOWE												
Imię												
Nazwisko												
Data urodzenia												
PESEL/Inny Identyfikator												
Płeć			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				Wiek w chwili przystąpienia do projektu (Uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)					
Obywatelstwo			<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE									
DANE KONTAKTOWE												
ADRES ZAMIESZKANIA (według Kodeksu Cywilnego)¹			Województwo		POMORSKIE							
			Powiat									
			Gmina									
			Miejscowość									

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):		
TELEFON KONTAKTOWY - obowiązkowo		
ADRES E-MAIL		

POZIOM WYKSZTAŁCENIA	
Oświadczam, że posiadam wykształcenie (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):	
ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)	<input type="checkbox"/>

SZCZEGÓŁY WSPARCIA	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)	
OSOBA PRACUJĄCA	X
W tym	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
W tym	Osoba pracująca w administracji rządowej
W tym	Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
W tym	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
W tym	Osoba pracująca w MMŚP
W tym	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
W tym	Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
W tym	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
W tym	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
W tym	Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
W tym	Osoba pracująca na uczelni
W tym	Osoba pracująca w instytucie naukowym
W tym	Osoba pracująca w instytucie badawczym



SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
W tym	Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz	
W tym	Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	
W tym	Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	
W tym	Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	
W tym	Inne	

KRYTERIA FORMALNE - obligatoryjne (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):	TAK	NIE
Oświadczam, że na dzień składania formularza Aplikacyjnego <u>jestem osobą pełnoletnią</u> (w wieku powyżej 18 r.ż.) (na potwierdzenie w załączeniu przedkładam dokument tożsamości z nr. PESEL [do wglądu])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego¹ na terenie województwa pomorskiego (na potwierdzenie w załączeniu przedkładam dokument poświadczający miejsce zamieszkania np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że pracuję na terenie województwa pomorskiego (na potwierdzenie w załączeniu przedkładam dokument poświadczający pracę, np. kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub potwierdzenie opłacania składek ZUS/KRUS z tytułu zatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)	
OŚWIADCZAM, ŻE (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):	
Jestem osobą obcego pochodzenia tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą państwa trzeciego tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



<p>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;</p> <p>5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.</p>	
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</p> <p>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB

Czy oczekuje Pan/Pani wsparcia w zakresie szczególnych potrzeb (np. tłumacz języka migowego, zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie, większa czcionka w materiałach informacyjnych/szkoleniowych, dostosowanie przestrzeni, specjalne wyżywienie, itp.)?

- TAK**, w zakresie:
- NIE**

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB ZE WZGLĘDU NA STATUS OSOBY OBCEGO POCHODZENIA

Czy oczekuje Pan/Pani wsparcia dla osób obcego pochodzenia (np. tłumacz podczas aplikowania lub podczas udziału w projekcie, tłumaczone materiały informacyjne/szkoleniowe, itp.)?

- TAK**, w zakresie:
- NIE**



OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- 1) **Zgłaszam** dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Kobieta sukcesu – to Ty!**” nr **FEPM.05.04-IZ.00-0045/25**.
- 2) Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) **Zapoznałem/am** się z Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „**Kobieta sukcesu – to Ty!**” nr **FEPM.05.04-IZ.00-0045/25**, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami spełniam kryteria uczestnictwa oraz zobowiązuje się na wniosek Beneficjenta Projektu oraz Instytucji kontrolującej, do przedstawienia dokumentu źródłowego potwierdzającego prawdziwość powyższych danych.
- 4) **Zostałem/am** poinformowany/a, że Projekt jest realizowany w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- 5) **Zostałem/am** poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza Aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- 6) **Zostałem/am** poinformowany/a, że formy wsparcia mogą odbywać się w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 7) **Zostałem/-am** poinformowany/a, że administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego Formularza oraz załączników jest **FUNDACJA NIEZALEŻNI** z siedzibą w Pile (64-920) ul. Spacerowa 6/2. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **FUNDACJĘ NIEZALEŻNI** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) dla perspektywy finansowej 2021-2027).
- 8) Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- 9) **Zostałem/-am** poinformowany/a, że Beneficjent Projektu **FUNDACJA NIEZALEŻNI** zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- 10) **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „**Kobieta sukcesu – to Ty!**” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).”
- 11) **Zapoznałem/łam się** z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w



związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

- 12) **Wyrażam zgodę** na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- 13) **Zostałem/am** poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- 14) **Zostałem/am** poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta projektu o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- 15) **Zobowiązuję się** do dostarczenia Beneficjentowi projektu załączników do niniejszego Formularza Aplikacyjnego wymaganych na podstawie Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
- 16) **Wyrażam zgodę** na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.
- 17) **Upredzony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej** (wynikającej z przepisów Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki
do udziału w Projekcie