



## Formularz rekrutacyjny

### W PROJEKCIE „SZANSA NA ROZWÓJ – PROGRAM ROZWOJU ZAWODOWEGO OSÓB DOROSŁYCH (RMR CIECHANOWSKI)”

### W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA MAZOWSZA 2021-2027

PRIORYTET VII: FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA NOWOCZESNEJ I DOSTĘPNEJ EDUKACJI NA  
MAZOWSZU

DZIAŁANIE 7.4: EDUKACJA OSÓB DOROSŁYCH

Data wpływu Formularza .....	podpis.....
Numer ewidencyjny .....	(wypełnia Beneficjent)

#### I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu.

<b>Imię/Imiona</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Obywatelstwo</b>	
<b>PESEL</b> (lub Inny identyfikator w przypadku braku PESEL)	
<b>Wiek</b> w chwili przystąpienia do projektu	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

#### II. Dane teleadresowe.

<b>Kraj</b>			
<b>Województwo</b>	<input type="checkbox"/> mazowieckie <input type="checkbox"/> inne: .....		
<b>Powiat</b>			
<b>Gmina</b>			
<b>Miejscowość</b>		<input type="checkbox"/> teren miejski	<input type="checkbox"/> teren wiejski



<b>Ulica</b>			
<b>Numer domu</b>		<b>Numer lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>		<b>Poczta</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>			
<b>E- mail</b>			

**III. Informacje dodatkowe.**

<b>Wykształcenie</b> UWAGA! Prosimy o podanie najwyższego posiadanego wykształcenia	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) - brak formalnego wykształcenia
	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej
	<input type="checkbox"/> średnie niższe (ISCED 2) - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej
	<input type="checkbox"/> średnie wyższe (ISCED 3) - kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej w tym: - zasadnicze zawodowe - średnie ogólnokształcące - średnie zawodowe
	<input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym
	<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) - kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich
<b>Status kandydata na rynku pracy</b>	<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy</b>
	<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>
	<input type="checkbox"/> <b>osoba bierna zawodowo</b>
	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się
	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<input type="checkbox"/> <b>osoba prowadząca działalność na własny rachunek (działalność gospodarczą)</b>
	<input type="checkbox"/> Numer NIP: .....
	<input type="checkbox"/> osoba, która zawiesiła wykonywanie działalności gospodarczej (jako osobę prowadzącą działalność gospodarczą rozumie się również osobę, która zawiesiła jej wykonywanie)
	<input type="checkbox"/> <b>osoba pracująca</b> (jeżeli tak uzupełnić poniżej)
	<b>Wykonywany zawód:</b>
	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu
	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego
	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	
<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	
<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		
	<b>Zatrudniony w</b> (wpisać nazwę firmy i dokładny adres miejsca pracy oraz stanowisko):		
<b>Rodzic/opiekun prawny samotnie wychowujący dziecko/dzieci do lat 18</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Kobieta powracająca na rynek pracy po urlopie macierzyńskim</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b> <small>Załączyć orzeczenie o niepełnosprawności</small>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Zamieszkanie, zatrudnienie lub pobieranie nauki na obszarze miast: Ciechanów lub Pułtusk</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Osoba należąca do grupy osób w kryzysie bezdomności</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie
<b>Osoba należąca do grupy osób obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie
<b>Osoba należąca do grupy osób z krajów trzecich</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi na pytanie
<b>Osoba należąca do grupy osób w niekorzystnej sytuacji</b> <small>(odpowiedź tak upoważnia do naliczenia punktów premiujących zgodnie z Regulaminem Rekrutacji)</small>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	



<b>Wyrażam chęć udziału w UR, które prowadzą do zdobycia kwalifikacji włączonych do ZSK</b> (informację należy zweryfikować w BUR w stosunku do preferowanej Usługi Rozwojowej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Wybiorę UR w zakresie obszarów istotnych dla regionu tj. w zakresie dostosowania do zmian w przemyśle i produkcji, w tym w zakresie zielonej gospodarki</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Osoba zajmującą się/chcącą podjąć zatrudnienie w usługach opieki długoterminowej o charakterze społecznym i/lub opiekunem nieformalnym w ramach opieki długoterminowej</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	

<b>Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie</b>	Prosimy opisać (np. materiały szkoleniowe dostosowanie do potrzeb osób niedowidzących, spotkania z doradcą w miejscu innym niż Biuro Obsługi/ online) ..... .....
<b>Gdzie dowiedziałeś/łaś się o projekcie</b>	<input type="checkbox"/> strona internetowa projektu <input type="checkbox"/> strona internetowa PSF <input type="checkbox"/> Biuro Obsługi Projektu <input type="checkbox"/> Wojewódzki Urząd Pracy <input type="checkbox"/> znajomi <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....

#### IV. Informacje na temat wybranej formy kształcenia

<b>Forma szkolenia</b>	<input type="checkbox"/> kursy umiejętności zawodowych <input type="checkbox"/> kwalifikacyjne kursy zawodowe <input type="checkbox"/> inne kursy zawodowe prowadzące do uzyskania kwalifikacji/kompetencji (jakie?) wymieniść.....
<b>Miejsce odbywania się szkolenia/kursu</b> (podać firmę organizującą szkolenie)	



<b>Zgłaszam potrzebę uczestnictwa w szkoleniu w celu nabycia umiejętności, kompetencji zawodowych/cyfrowych/zielonych i/lub zwiększenia kompetencji/kwalifikacji</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
--	---------------------------------	---------------------------------

### Oświadczenia.

Oświadczam, że:

- Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- Nie biorę, nie brałem/-am udziału w Projekcie u innego Operatora oraz w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie brałem/-am udziału w tym samym szkoleniu u tego samego wykonawcy.
- Wyrażam chęć podniesienia umiejętności, kompetencji lub nabycia kwalifikacji z własnej inicjatywy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 oraz w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) przez Beneficjenta do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej FEM 2021-2027 wynikających z umowy o dofinansowanie projektu.
- Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
- Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 572) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Jednocześnie oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z powodu sankcji wobec podmiotów i osób odpowiedzialnych i wspierających działania wojenne Rosji.
- Nie prowadzę działalności rolniczej innej niż wskazana w art. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 149).
- Nie posiadam wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, nie prowadzę ani nie mam zawieszony jednoosobowej działalności gospodarczej, nie jestem współnikiem spółki cywilnej oraz nie jestem przedsiębiorcą z mocy prawa w rozumieniu art. 4 § 2 Kodeksu spółek handlowych.
- Nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem oraz nie łączę z Beneficjentem i/lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji związek małżeński, stosunek pokrewieństwa, powinowactwa ani związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.
- Nie zostałem/-am ukarany/-a karą zakazu dostępu do środków publicznych, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530). Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o zakazach dostępu do środków publicznych orzeczonych w stosunku do mnie w okresie realizacji projektu.
- Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
- Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Formularzu rekrutacyjnym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie.
- Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.
- Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną Instytucji Zarządzającej oraz Instytucji Pośredniczącej.

.....

data i podpis



### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z uczestnictwem w projekcie pn. „**SZANSA NA ROZWÓJ – PROGRAM ROZWOJU ZAWODOWEGO OSÓB DOROSŁYCH (RMR CIECHANOWSKI)**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją Projektu w ramach FEM 2021-2027, jest Beneficjent (4system Polska sp. z o.o., ul. Bohaterów Westerplatte 30, 65-034 Zielona Góra) który udostępni dane osobowe innym administratorom według właściwości,
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi:
  - a) art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.(RODO),
  - b) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r.,
  - c) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r.,
  - d) Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027,
  - e) inne akty prawne regulujące realizację projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „**SZANSA NA ROZWÓJ – PROGRAM ROZWOJU ZAWODOWEGO OSÓB DOROSŁYCH (RMR CIECHANOWSKI)**”, ewaluacji, kontroli, monitoringu oraz sprawozdawczości w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027,
- 4) moje dane osobowe mogą być przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole lub audyty na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta oraz innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości realizowania zadań w ramach projektu;
- 6) zobowiązuję się, w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, do przekazania Beneficjentowi informacji dotyczących mojego statusu na rynku pracy, udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,
- 7) moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 8) moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji,
- 9) moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Fundusze Europejskie Dla Mazowsza 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji,
- 10) mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl)
- 11) mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 12) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.



## ZESTAW OŚWIADCZEŃ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

w ramach projektu:

„SZANSA NA ROZWÓJ – PROGRAM ROZWOJU ZAWODOWEGO OSÓB DOROSŁYCH (RMR  
CIECHANOWSKI)”

Nr projektu: FEMA.07.04-IP.02-02T6/24

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

zamieszkały/a .....  
(adres zamieszkania)

PESEL .....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

### 1. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE NIEPROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Oświadczam, że nie prowadzę działalności gospodarczej (w tym działalności o statusie „zawieszona”), a także nie jestem współnikiem spółki cywilnej oraz współnikiem/właścicielem spółki osobowej/handlowej (brak wpisu w rejestrach CEIDG oraz przedsiębiorców KRS).

### 2. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW FORMALNYCH

Oświadczam, że spełniam kryteria formalne:

- ukończyłem/am 18. rok życia (na podstawie daty urodzenia lub numeru PESEL),
- z własnej inicjatywy chcę podnosić swoje umiejętności, kompetencje lub kwalifikacje za pośrednictwem BUR,
- uczę się, pracuję lub zamieszkuję (zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego) teren podregionu ciechanowskiego w województwie mazowieckim lub przebywam na tym terenie (w przypadku osób w kryzysie bezdomności),
- nie prowadzę działalności gospodarczej oraz nie zawiesiłem/am jej wykonywania,
- nie podlegam wykluczeniu z powodu sankcji wobec podmiotów i osób odpowiedzialnych i wspierających działania wojenne Rosji,
- w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie brałem/am udziału w tym samym szkoleniu u tego samego wykonawcy,

są one zgodne ze stanem faktycznym oraz pozostaną aktualne od momentu zgłoszenia do projektu do momentu zakończenia mojego udziału w projekcie.

### 3. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH

oświadczam, że wszystkie kryteria premiujące wskazane przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym oraz pozostaną aktualne od momentu zgłoszenia do projektu do momentu zakończenia mojego udziału w projekcie.

### 4. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU O BRAKU POWIĄZAŃ Z DOSTAWCĄ USŁUGI

Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej ani nie łączy mnie inna forma współpracy z dostawcą usług edukacyjnych w ramach projektu, jak również nie jestem spokrewniony/-a ani spowinowacony/-a z jego pracownikami.

### 5. OŚWIADCZENIE NIE KORZYSTANIU Z TOŻSAMEGO WSPARCIA



Oświadczam, że nie korzystałem/-am i nie korzystam z tożsamego wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych z Funduszy Europejskich, w tym w szczególności nie brałem/-am udziału w programie FERS w ramach Klubów Rozwoju Cyfrowego ani u innego Operatora w ramach tego samego działania.

.....  
(Czytelny podpis Uczestniczki/Uczestnika)

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający miejsce zamieszkania / przebywania na terenie podregionu Ciechanowskiego, np.:
  - a. kopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości,
  - b. rachunek lub faktura za media (woda, prąd, ścieki, odpady),
  - c. inny dokument równoważny/urzędowy zawierający imię, nazwisko i adres uczestnika,
  - d. w przypadku osób bezdomnych – „**Oświadczenie o miejscu pobytu**”.
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (lub inny dokument równoważny) – jeśli uczestnik zadeklarował niepełnosprawność jako kryterium premiujące.