**DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

**„Akademia informatyczna osób dorosłych”**

realizowanego przez Profi Biznes Group Sylwia Karina Majewska nr projektu RPZP.08.10.00-32-K040/17 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach  Regionalnego Programu Operacyjnego  Województwa Zachodniopomorskiego 2014 - 2020, Oś priorytetowa VIII Edukacja, Działanie 8.10 Wsparcie osób dorosłych, w szczególności osób o niskich kwalifikacjach i osób starszych w zakresie doskonalenia umiejętności wykorzystywania technologii informacyjno – komunikacyjnych i porozumiewania się w językach obcych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I DANE PODSTAWOWE - OBOWIĄZKOWE** | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI** | Imię |  | | | |
| Nazwisko |  | | | |
| PESEL |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | ………..… lat | | | |
| Płeć | □ | kobieta | □ | mężczyzna |
| Wykształcenie | □ | brak | □ | podstawowe |
| □ | gimnazjalne | □ | ponadgimnazjalne |
| □ | pomaturalne | □ | wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE** | Województwo |  | | | |
| Powiat |  | | | |
| Gmina |  | | | |
| Miejscowość |  | | | |
| Ulica |  | | | |
| Nr budynku |  | | | |
| Nr lokalu |  | | | |
| Kod pocztowy/poczta |  | | | |
| Obszar | □ | miejski | □ | wiejski |
| Telefon kontaktowy |  | | | |
| Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  | | | |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | □ | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | |
| □ | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | |
| □ | osoba bierna zawodowo | | |
| □ | osoba pracująca | | |
| □ | absolwenci pozostający bez pracy do 12 m-cy od ukończenia szkoły | | |
| Wykonywany zawód *(należy wypełnić jeśli w polu Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu wybrano wartość „osoba pracująca”)* |  | | | |
|  | Zatrudniony w: (nazwa firmy) |  | | | |
| **GOSPODARSTWO DOMOWE** | *UWAGA! Gospodarstwo domowe to również osoba zamieszkująca samotnie lub grupa osób (niekoniecznie spokrewnionych) mieszkająca pod tym samym adresem, prowadząca wspólny dom i mająca przynajmniej jeden wspólny posiłek dziennie lub wspólny pokój dzienny.* | □ | w gospodarstwie domowym nikt nie pracuje | □ | w gospodarstwie domowym pracuje tylko jedna osoba |
| □ | w gospodarstwie domowym nikt nie pracuje i są dzieci na utrzymaniu | □ | w gospodarstwie domowym jest tylko jedna osoba dorosła i są dzieci na utrzymaniu |
| **SYTUACJA MIESZKANIOWA** | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ | TAK | □ | NIE |
| **II DANE WRAŻLIWE NIEOBOWIĄZKOWE, ZALECANE** | | | | | |
|  | Osoba: | □ | należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej | □ | pochodzenia romskiego |
| □ | migrant | □ | obcego pochodzenia |
| Osoba z niepełnosprawnościami *(posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności)* | □ | TAK | □ | NIE |
| Inna niekorzystna sytuacja społeczna |  | | | |
| ……………………………………………………. | |  | | ………………………………… | |
| *miejscowość, data* | |  | | *czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu* | |

**Projekt „Akademia informatyczna osób dorosłych”**

**II. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE** *- wypełnia Specjalista ds. rekrutacji*

● Imię i nazwisko ………………………….…………………………..…………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium fakultatywne** | **Liczba punktów** |
| Osoba zamieszkująca tereny wiejskie (5 pkt) |  |
| Wykształcenie na poziomie ISCED 3 ( 10 pkt) |  |
| Osoby niepełnosprawne (na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności) (10 pkt) |  |
| Status osoby bezrobotnej (5 pkt) |  |
| Osoba w wieku 50+ (10 pkt) |  |

------------------------------------------------------

*Podpis specjalisty ds. promocji, rekrutacji i szkoleń*

1. **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

…………….…………………

data i czytelny podpis

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.

..…..…….……………………

data i czytelny podpis

Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie projektu i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie.

..……….……………………

data i czytelny podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych   
w niniejszym formularzu zgłoszeniowym zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r.   
o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 t.j) przez Beneficjenta do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także   
w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy, ul. A. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, wynikających z umowy o dofinansowanie

…………….…………………

data i czytelny podpis