



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu	Data zakończenia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) wypełnia realizator projektu

	Lp.	NAZWA PROJEKTU: „AUTOSTRADA KWALIFIKACJI”		
		62/RPLU.10.02.00-06-0048/17-00 Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian Programy typu outplacement		
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Kobieta	<input type="checkbox"/>
			Mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL		
	7	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi)	Podstawowe (ISCED 1) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>
	Gimnazjalne (ISCED 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej		<input type="checkbox"/>	
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze 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		<input type="checkbox"/>	
	8	Ulica		
	9	Nr domu		



Dane kontaktowe (adres zamieszkania)	10	Nr lokalu	
	11	Miejscowość	
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Obszar proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi	01 - Duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 i dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>
			02 - Małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>
03 - Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/>			
16	Telefon		
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Oświadczenie:			
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na terenie na terenie województwa lubelskiego , w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego			
..... data i podpis			
Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności	18	Stan posiadania aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dane wrażliwe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczenie:			
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną, stopień niepełnosprawności			
(proszę wpisać stopień)			
..... data i podpis			
Status uczestnika/-czki projektu w chwili przystąpienia do projektu proszę zakreślić właściwe poprzez postawienie znaku TAK lub NIE przy	19	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



wybranej odpowiedzi	Deklaruję problem z powrotem na rynek pracy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Deklaruję potrzebę udziału w szkoleniach kończących się zdobyciem "twardych" kwalifikacji, na które jest zapotrzebowanie na lubelskim rynku pracy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Deklaruję potrzebę zdobycia doświadczenia zawodowego (staż) adekwatnego do uzyskanych kwalifikacji.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Deklaruję potrzebę pomocy w znalezieniu zatrudnienia (pośrednictwo pracy).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Badanie potencjalnych UP pod kątem zainteresowania i predyspozycji do zawodu kierowcy zawodowego:

1. W jakim kierunku chce Pan/i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe?

.....
.....

2. Jakie posiada Pan/i predyspozycje do pracy jako kierowca zawodowy?

.....
.....

3. Jak Pan/i ocenia swoje szanse na uzyskanie trwałego zatrudnienia w efekcie podniesienia kwalifikacji w zawodzie kierowcy Kat. C lub. kat. D?

.....
.....

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. DEKLARUJĘ chęć udziału w Projekcie pt. „**Autostrada kwalifikacji**”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „**Autostrada kwalifikacji**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa lubelskiego 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. poradnictwie zawodowym, szkoleniach zawodowych, stażach zawodowych oraz pośrednictwie pracy.
7. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.



-
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.
 9. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
 10. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
 11. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
 12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu „NETRIX Group” Sp. z o. o., na potrzeby rekrutacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe:

Imię	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia ¹	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - <i>wypełnia beneficjent projektu</i>	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta projektu)

Proszę o zaznaczenie informacji dotyczących Pana/Pani sytuacji w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie²:

Status na rynku pracy	TAK	TAK	NIE
Osoba zwolniona osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/>	Zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>	Zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

² Możliwy jest wybór maksymalnie dwóch opcji jednocześnie.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:**

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Autostrada kwalifikacji” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
- b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.

2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
- b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
- c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),
- d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

- a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:



- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grotgera 4, 20-029 Lublin,
- b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt - „Netrix Group” Sp. z o. o. oraz Instytut Rozwoju i Innowacji EURO – KONSULT Sp. z o. o. – partnera projektu.
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - (nazwa i adres ww. podmiotów)³.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.⁴
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grotgera 4, 20-029 Lublin.
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
- 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
- 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

³ Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.

⁴ Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytucznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba z niepełnosprawnościami
 - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza nie kwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

- 1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji
- 2) Osoba z niepełnosprawnościami
 wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji
- 3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 - c. Osoba z niepełnosprawnościami wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko):

PESEL

deklaruję chęć uczestnictwa we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia w ramach projektu: „Autostrada kwalifikacji” realizowanego przez „Netrix Group” Sp. z o. o., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej 10. Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Poddziałanie 10.2 Programy typu outplacement.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem Uczestnictwa w projekcie „Autostrada kwalifikacji” i akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego.
3. Jestem (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź X):
4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Autostrada kwalifikacji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014 - 2020.
5. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez „Netrix Group” Sp. z o. o. oraz Instytut Rozwoju i Innowacji EURO – KONSULT Sp. z o. o., w celach rekrutacji do projektu i realizacji zaplanowanych działań.

Uprzedzona/ny o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/-a

PESEL:

w związku z przystąpieniem do projektu:

„**Autostrada kwalifikacji**” 62/RPLU.10.02.00-06-0048/17-00

oświadczam, że zobowiązuje się po zakończeniu mojego uczestnictwa w projekcie:

- w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia udziału w projekcie, przekazać realizatorowi projektu, informacje i dane (w tym kopie dokumentów) dotyczące mojej sytuacji na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dotyczące:

a) podjęcia zatrudnienia bądź samozatrudnienia:

- kopii umowy o pracę na min. 3m-ce i min. ½ etatu, lub
- kopii umowy cywilnoprawnej – okres obowiązywania umowy to minimum 3 m-ce i a wartość to trzykrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę, lub
- dokumentu potwierdzającego fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres minimum trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta lub gminy)

b) uzyskania kwalifikacji po opuszczeniu programu,

c) statusu na rynku pracy (pracujący, bezrobotny, bierny zawodowo),

d)

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



O Ś W I A D C Z E N I E osoby pobierającej stypendium
STAŻOWE/SZKOLENIOWE

w ramach projektu
„Autostrada kwalifikacji” 62/RPLU.10.02.00-06-0048/17-00

Nazwisko Imiona:.....

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL: Obywatelstwo

Seria i numer dowodu osobistego: wydanego przezdnia

Miejsce zameldowania

Gmina / Dzielnica Powiat: Województwo:

Kod: Poczta:Miejscowość:.....

Ul. Nr domu Nr mieszkania

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:.....

Telefon:.....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

Urząd Skarbowy:

Nr **mojego** rachunku bankowego |__|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że: W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ TAK LUB NIE (W przypadku wpisania TAK należy uzupełnić kolumnę po prawej)

Jestem zarejestrowany w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy:.....
Pobieram zasiłek dla bezrobotnych		Zasiłek od dnia: do dnia:
Jestem	emerytem	Nr decyzji:
	rencistą pobierającym rentę rodzinną	
	rencistą pobierającym rentę socjalną	
	rencistą pobierającym rentę zdrowotną	
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności		Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znaczny (wpisać właściwe) Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)



Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe (uzupełniają osoby niepełnosprawne)		Świadczenia rentowe od dnia: do dnia:
Jestem zatrudniony w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inną umowę		Rodzaj umowy: Okres obowiązywania umowy: Nazwa zakładu pracy: NIP zakładu pracy: Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		W okresie: od do
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych		Jako potwierdzenie dołączam kopie legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuje się dostarczyć co 6 miesięcy kopie aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej		
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt "Autostrada kwalifikacji" będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu		

Uczestnicy Projektu, którzy chcą zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego swojego członka rodziny proszone są o uzupełnienie poniższych danych!

Dane do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

Nazwisko.....Imiona.....PESEL.....

Data urodzenia Stopień pokrewieństwa osoby zgłaszanej do ubezpieczenia..... Czy

członek rodziny zamieszkuje wraz z Panem/Panią- Uczestnikiem Projektu w jednym gospodarstwie domowym? : TAK NIE*

*prawidłowe zaznaczyć.

- 1 Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
- 2 **O wszystkich zmianach** dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, **zobowiązuje się pisemnie powiadomić** Organizatora projektu, **w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.**
- 3 **Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.**
- 4 Oświadczam, że znana jest mi treść **Regulaminu projektu „Autostrada kwalifikacji” nr 62/RPLU.10.02.00-06-0048/17-00**

.....

.....

Miejscowość i data

podpis Uczestniczki/ka Projektu

1. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach Projektu, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie zostaną zgłoszone do ubezpieczenia od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą od nich składki.
2. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy i pobierają zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium z tytułu odbywania szkolenia w ramach Projektu, muszą poinformować Urząd Pracy o tym fakcie w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie obowiązkowo ubezpieczenia społecznego podlegają tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych.



Potwierdzenie wypowiedzenia stosunku pracy.
Zaświadczenie jest wydawane jedynie do celów związanych z realizacją projektu „Autostrada kwalifikacji”.

.....
(Pieczęćka firmowa)

.....
(Miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że Pan/i
(IMIĘ I NAZWISKO)

Zamieszkały/a
(ADRES: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

BYŁ/A ZATRUDNIONY/A u pracodawcy składającego oświadczenie na podstawie umowy

a) o pracę zawartej na czas

nieokreślony od / określony od do

b) **umowy zlecenie** – w okresie od do

Została zwolniona w dniu z powodu

.....
(proszę podać powód zwolnienia np.: likwidacja stanowiska z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych, technologicznych lub restrukturyzacja, itp., ~~brak kwalifikacji zawodowych~~, ect.)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęćka Pracodawcy)