

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu „Dla pracowników Amico”
realizowanego przez Fundację AMICO

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
Działanie 7.08 Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych
pracowników oraz przedsiębiorców

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:	DPA/ /20.... Dla pracowników Amico /kolejny numer/ rok

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

1. Nazwisko i imię											
2. Pesel											
3. Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna										
4. Adres zamieszkania											
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu											
Kod pocztowy i Miejscowość / Obszar										☐ teren wiejski ☐ teren miejski	
Gmina/ Powiat / Województwo	☐ Gmina				☐ przemyski ☐ M. Przemysł ☐			☐ Podkarpackie ☐			
5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)											
6. Telefon stacjonarny / kontaktowy											
7. Adres e-mail											
8. Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) ☐ policealne ☐ wyższe										

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

☐ Oświadczam, że jestem zatrudniony/zatrudniona w Fundacji Amico- kopia umowy o pracę w załączeniu

☐ Oświadczam, że zamieszkuję/jestem zatrudniony/zatrudniona w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie woj. podkarpackiego - oświadczenie w załączeniu.

Czy w ramach procesu rekrutacji oraz trwania projektu potrzebuje Pan/Pani jakichkolwiek szczególnych udogodnień lub wsparcia?

☐ Tak potrzebuję (proszę opisać).....

☐ Nie potrzebuję

2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

☐ Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)

☐ Oświadczam, że jestem osobą w wieku powyżej 50 lat.

3. Formy wsparcia w projekcie (proszę zaznaczyć znakiem X jeśli dotyczy)

Oświadczam udział w następujących formach wsparcia;

☐ szkolenie z technik relaksacyjnych,

☐ wsparcie specjalisty ds. wsparcia adaptacyjnego,

☐ wsparcie psychologiczne,

☐ alpakoterapia.

4. Oświadczenie dotyczące podwójnego finansowania (proszę zaznaczyć znakiem X jeśli dotyczy)

Oświadczam, że nie uczestniczę/uczestniczyłem/am:

☐ w usłudze w ramach więcej niż jednego subregionu,

☐ w innym tożsamym projekcie współfinansowanym z EFS Plus działanie 7.08 Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych pracowników oraz przedsiębiorców,

☐ w programie centralnym operatorskim, np. FERS

☐ w projektach branżowych w zakresie zielonych kompetencji niezbędnych do pracy w sektorze zielonej gospodarki oraz zarządzania różnorodnością/wiekiem,

☐ w działaniach wdrażanych w KPO (dot. inwestycji 4.4.1 praca zdalna)

CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE CST2021

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Osoba długotrwale bezrobotna (<i>Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i>)	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	☐ TAK	☐ NIE
w tym:	☐ Inne ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
Osoba pracująca	☐ w organizacji pozarządowej ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ inne ☐ w mikroprzedsiębiorstwie (<i>do 9 pracowników</i>) ☐ w małym przedsiębiorstwie (<i>od 10 do 49 pracowników</i>) ☐ w średnim przedsiębiorstwie (<i>od 50 do 249 pracowników</i>) ☐ w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
Wykonywany zawód	☐ inny ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik	
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia		

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK	☐ NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tj.: (- Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3) -osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (brak wykształcenia lub niższe niż podstawowe) - byli więźniowie, narkomani itp.)	☐ TAK	☐ NIE

CZĘŚĆ IV – OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Dla pracowników Amico” realizowanym przez Fundację AMICO w okresie 01.04.2026 – 31.03.2027 roku w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, PRIORYTET 7 Kapitał ludzki gotowy do zmian DZIAŁANIE 7.08 Wsparcie procesów adaptacyjnych i modernizacyjnych pracowników oraz przedsiębiorców.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Dla pracowników Amico”.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
 - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata/Kandydatki