



Formularz uczestnika projektu niekonkurencyjnego

Tytuł projektu: **Podniesienie aktywności zawodowej klientów publicznych służb zatrudnienia – PUP w Mogilnie (I)**

Program: **Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027**

Okres realizacji projektu: **01.01.2023 – 31.12.2024**

I. DANE UCZESTNIKA

NAZWISKO:		IMIĘ:	
PESEL:		WIEK:	
PŁEĆ: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA		OBYWATELSTWO:	
WYKSZTAŁCENIE: <input type="checkbox"/> BRAK <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> WYŻSZE			
TELEADRESOWE	KRAJ: <i>POLSKA</i>		WOJEWÓDZTWO: <i>KUJAWSKO - POMORSKIE</i>
	POWIAT: <i>MOGILEŃSKI</i>		GMINA:
	MIEJSCOWOŚĆ:		ULICA:
	NR BUDYNKU:		NR LOKALU:
DANE	KOD POCZTOWY:		OBSZAR URBANIZACJI WG STOPNIA URBANIZACJI DEGURBA:
	TEL. KONTAKTOWY:		
	ADRES E-MAIL:		
UWAGA! Wymagane jest podanie co najmniej jednej z powyższych możliwości kontaktu			
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRYZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU: <i>OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W MOGILNIE</i>			
OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA: osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
/DOTYCZY OSÓB W WIEKU PONIŻEJ 30 ROKU ŻYCIA/ DATA PRZEPROWADZENIA OCENY KOMPETENCJI CYFROWYCH:			
WYNIK OCENY: SAMOOCENA KWESTIONARIUSZ			
POTRZEBA UZUPEŁNIENIA KOMPETENCJI CYFROWYCH: <input type="checkbox"/> NIE ZACHODZI <input type="checkbox"/> ZACHODZI			
UCZESTNIKA POINFORMOWANO O MOŻLIWOŚCI ZDOBYCIA UMIEJĘTNOŚCI/KOMPETENCJI LUB KWALIFIKACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI CYFROWYCH, NIEZBĘDNYCH DO PODJĘCIA PRACY W SEKTORZE ZIELONEJ GOSPODARKI, A TAKŻE ZWIĄZANYCH Z USŁUGAMI ZDROWOTNYMI I OPIEKUŃCZYMI.			
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:			

STATUS UCZESTNIKA	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI*	<input type="checkbox"/> TAK ** <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANYCH
	OSOBA Z KRAJÓW TRZECICH (osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowcy oraz osoby bez ustalonego obywatelstwa)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	OSOBA OBCEGO POCHODZENIA (tj. każda osoba (cudzoziemiec), która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów; wskaźnik nie obejmuje osób należących do mniejszości)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI, W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANYCH TAKICH JAK ROMOWIE* (osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DANYCH
	OSOBA W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

* Dane osobowe szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679 (RODO)

** W przypadku występowania szczególnych potrzeb uczestnika projektu (np. obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością; zapewnienie warunków dla psa asystującego; dostosowanie czasu pracy) prosimy o ich wskazanie:

.....

RODZAJ PRYZYCHANEGO WSPARCIA		DATA ROZPOCZĘCIA	DATA ZAKOŃCZENIA	
		Data przygot. IPD:		
	<input type="checkbox"/> PORADNICTWO ZAWODOWE	.....	.....
	<input type="checkbox"/> POŚREDNICTWO PRACY	.....	.....
	<input type="checkbox"/> BON NA ZASIEDLENIE	.....	.....
	<input type="checkbox"/> JEDNORAZOWE ŚRODKI NA ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	.....	.....
	<input type="checkbox"/> REFUNDACJA KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO	.....	.....
<input type="checkbox"/> STAŻ	.....	.....

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

data i czytelny podpis uczestnika projektu

II. OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIA

Ja, niżej podpisany/aPESEL

oświadczam, że:

1. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO PRZEKAZANIA INFORMACJI DOT. MOJEJ SYTUACJI PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE (DO 4 TYGODNI OD ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU) W ZAKRESIE MOJEGO STATUSU NA RYNKU PRACY, INFORMACJI NT. UDZIAŁU W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU ORAZ UZYSKANIA KWALIFIKACJI LUB NABYCIA KOMPETENCJI .
2. ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A O MOŻLIWOŚCI PRZYSZŁEGO UDZIAŁU W BADANIU EWALUACYJNYM W CELU POMIARU REZULTATÓW DŁUGOTERMINOWYCH PROJEKTU, W KTÓRYM UCZESTNICZĘ.
3. UZYSKAŁEM/AM INFORMACJE NT. MOŻLIWOŚCI ROZWOJU UMIEJĘTNOŚCI EKOLOGICZNYCH I INNYCH DZIAŁAŃ PROWADZĄCYCH DO PRZEJŚCIA NA GOSPODARKE NEUTRALNĄ DLA KLIMATU.
4. NIE OTRZYMUJĘ JEDNOCZEŚNIE WSPARCIA W WIĘCEJ NIŻ JEDNYM PROJEKCIE Z ZAKRESU AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ DOFINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS (EFS+).
5. ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A O MOŻLIWOŚCI KOMUNIKACJI Z REALIZATOREM PROJEKTU W SZCZEGÓLNOŚCI POPRZEZ KONTAKT OSOBISTY, Z WYKORZYSTANIEM TELEFONU, BEZPŁATNEJ INFOLINII, E-MAILA, SKRZYNKI PODAWCZEJ EPUAP ORAZ ZA POŚREDNICTWEM USŁUG ELEKTRONICZNYCH PUBLICZNYCH SŁUŻB ZATRUDNIENIA – PRACA.GOV.PL

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 i innych systemów teleinformatycznych) pod względem ich zgodności z prawdą.

Zgodnie z art. 76 ust 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy świadczenie wypłacone na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfalszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd powiatowego urzędu pracy przez osobę pobierającą świadczenie jest świadczeniem pieniężnym pobranym nienależnie, które podlega zwrotowi w terminie określonym w decyzji.

.....
data i czytelny podpis uczestnika projektu

ZWERYFIKOWANO POSIADANIE STATUSU OSOBY BEZROBOTNEJ NA DZIEŃ ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE TJ.

.....
data i podpis pracownika PUP przyjmującego oświadczenia
oraz weryfikującego powyższe dane z okazanym dokumentem tożsamości