



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ZGŁASZAM CHĘĆ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE.

Tytuł projektu: WORK-ON7 - Włącz się na lepszą pracę
Organizator: Ośrodek Szkoleniowo-Wdrożeniowy Marek Szarata Sp. z o. o.
Działanie: FEKP.08.03 Wsparcie osób pracujących znajdujących się w niekorzystnej sytuacji na rynku pracy
Projekt finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) i budżetu państwa

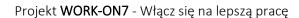
Dane Kandydata / Kandydatki

	lmię:			
Dane osobowe	Nazwisko:			
	PESEL:			
	Obywatelstwo:			
	Wiek w chwili przystępowania do projektu:			
	Płeć: □ kobieta □ mężczyzna			
	Wykształcenie:	 □ podstawowe (ukończona szkoła podstawowa) □ gimnazjalne (ukończone gimnazjum) □ ponadgimnazjalne (ukończone liceum, technikum, szkoła branżowa) □ policealne (ukończona szkoła policealna) □ wyższe 		
	Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Adres zamieszkania i dane kontaktowe	Kod pocztowy:		Miejscowość:	
	Gmina:		Powiat:	
	Województwo:			
	Telefon kontaktowy:			
	Adres e-mail:			
Status na rynku	☐ jestem osobą pracującą			
pracy	(tj. posiadam podpisana umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną)			
(możliwość zaznaczenie	☐ jestem osobą	bezrobotną / bier	ną zawodowo / poszukującą	pracy
tylko 1 odpowiedzi)	(tj. NIE posiadam podpisanej umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej)			
Niepełnosprawność	☐ jestem osobą z niepełnosprawnościami i posiadam stosowne orzeczenie			









WORKON &



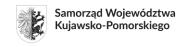


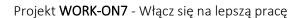
OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ

Osoba pracująca w trudnej sytuacji na rynku pracy (możliwość zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi)	□ jestem osobą należącą do grupy tzw. ubogich pracujących (tzn. osobą, która zamieszkuje w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów społecznych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu, albo osobą, której dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu) □ jestem osobą zatrudnioną na umowę krótkoterminową (tzn. osobą zatrudnioną na podstawie umowy zawartej na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy) □ jestem osobą pracującą w ramach umowy cywilno-prawnej (np. umowa zlecenie, umowa o dzieło)			
Osoba z woj. kujawsko- pomorskiego	□ pracuję lub zamieszkuję na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego			
Wyłączenie	☐ NIE otrzymuję jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej, dofinansowanym ze środków EFS+			
	ŚCIEŻKA ROZWOJI	J ZAWODOWEGO		
Którą z dostępnych w projekcie ścieżek rozwoju zawodowego jesteś zainteresowany / zainteresowana? (możliwość zaznaczenie tylko 1 odpowiedzi)		□ Ścieżka IT □ Ścieżka FIZJO		
SZKOLENIE ZAWODOWE (TYLKO ŚCIEŻKA IT) Decyzja o zakwalifikowaniu się na konkretne szkolenie jest wynikiem rozmowy kwalifikacyjnej, stąd pytamy jedynie o preferowane szkolenie zawodowe.				
W którym z dostępnych w projekcie szkoleń zawodowych chciałbyś / chciałabyś uczestniczyć? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi, pytanie poglądowe)		 □ Administrator sieci Cisco (CCNA) □ Front-End Developer □ Marketing internetowy 		













Strona 3

DODATKOWE DOKUMENTY

Dokumenty wymagane podczas podpisywania umowy udziału w projekcie.

w trud	ba pracująca udnej sytuacji ynku pracy Zobowiązuję się do przekazania dokumentów potwierdzających przynależność do grupy osób pracujących w trudnej sytuacji na rynku pracy: umowa o pracę, z której wprost wynikać będzie spełnienie warunków projektu, tj. wysokość wynagrodzenia l okres obowiązywania albo umowa cywilno-prawna (kopia dokumentu).					
Osoba kujaws pomor	=	□ Zobowiązuję się do okazania dokumentów potwierdzających przynależność do grupy osób z woj. kujawsko-pomorskiego: dokumentu administracyjnego / zaświadczenia wystawionego przez odpowiedni podmiot / jednostkę publiczną wraz z ujętym na nim adresem zamieszkania, np. umowa o pracę, umowa najmu mieszkania, faktura za media (do wglądu).				
Niepeł	nosprawność	☐ Zobowiązuję się do przekazania zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przez właściwy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności (kopia dokumentu, jeśli dotyczy).				
Świador	Wyrażam zgod	POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych lub składania nieprawdziwych oświadczeń: q na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Szkoleniowo-Wdrożeniowy Gp. z o. o. w celu i zakresie niezbędnym w procesie rekrutacyjnym.				
	Oświadczam, że zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Ośrodek Szkoleniowo-Wdrożeniowy Marek Szarata Sp. z o. o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.					
	Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem projektu "WORK-ON7 - Włącz się na lepszą pracę" dostępnym na stronie www.work-on.pl i zobowiązuję się do jego przestrzegania.					
	Oświadczam, że podany przeze mnie numer telefonu i adres e-mail jest aktywny i zobowiązuję się odbierać na bieżąco informacje dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania się, bądź niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie.					
	Podpi	s: Data:				





