

Data i godz. wpływu formularza: _____

Podpis osoby przyjmującej: _____

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Mała Akademia”**

Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić odręcznie (czytelnie) w języku polskim i podpisać czytelnie imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru. **Każde pole powinno być wypełnione** (zaznaczone tak, nie, odmawiam odpowiedzi, nie dotyczy).

Podpisany formularz zgłoszeniowy wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie kryteriów i wnioskiem o przyjęcie dziecka do żłobka należy złożyć w siedzibie żłobka w Konstancinie - Jeziornej, ul. Łąkowa 38 lub w pozostałych lokalizacjach żłobka objętych wsparciem w projekcie (tj. Ursynów – ul. Wąwozowa 28, Wilanów – ul. Sarmacka 12 F) . Złożenie wszystkich wskazanych dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu.

DANE PROJEKTU	
Nazwa Beneficjenta	AP AKADEMIA IWONA FERSZTER PETZ
Tytuł projektu	„Mała Akademia”
Numer projektu	RPMA.08.03.02-14-i410/21
Priorytet, Działanie	Oś Priorytetowa VIII „Rozwój rynku pracy”, Działanie 8.3 – „Ułatwianie powrotu do aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3”, Poddziałanie 8.3.2 – „Ułatwianie powrotu do aktywności zawodowej w ramach ZIT”

CZĘŚĆ A DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ

A1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ	
Imię/imiona	
Nazwisko	
Miejsce i data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
PESEL	
Miejsce zamieszkania	Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu: _____ Miejscowość: _____



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

	Kod pocztowy: _____ - _____
Adres do korespondencji (podać, jeśli inny niż adres zamieszkania)	Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu: _____ Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
A2. DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
A3. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA	
Status na rynku pracy (proszę zaznaczyć właściwe)	<p>OSOBA PRACUJĄCA</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim</p> <p>w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małych i średnich przedsiębiorstwach</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p>Wykonywany zawód:</p> <p><input type="checkbox"/> inny</p> <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p>

	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspier. rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik OSOBA BEZROBOTNA <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne OSOBA BIERNIA ZAWODOWO <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo przebywająca na urlopie wychowawczym <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
Pełna nazwa zakładu pracy	
A4. INNE INFORMACJE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji Jeśli Pani/Pan posiada specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności, prosimy o ich wskazanie. Pozwoli to na dostosowanie wsparcia do Pani/Pana potrzeb.
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (osoby z terenów wiejskich, osoby z wykształceniem poniżej podstawowego, byli więźniowie, narkomani)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba samotnie wychowująca dziecko*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba znajdująca się w trudnej sytuacji materialnej*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

**dane nieobowiązkowe, ale należy wypełnić w przypadku ubiegania się o punkty w ramach kryteriów dodatkowo punktowanych*

Do formularza należy dołączyć:

- 1) deklarację uczestnictwa w projekcie,



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

- 2) oświadczenie o zamieszkanui,
- 3) formularz zgłoszenia dziecka do żłobka,
- 4) oświadczenie o przynależności do grupy docelowej,
- 5) zaświadczenie o zatrudnieniu oraz zaświadczenie o powrocie z urlopu macierzyńskiego/rodzicielskiego
lub
zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające status osoby bezrobotnej lub biernej zawodowo,
lub
zaświadczenie z PUP potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej
lub
zaświadczenie o przebywaniu na urlopie wychowawczym,
- 6) zobowiązanie do przekazania informacji na temat sytuacji na rynku pracy po zakończeniu projektu,
- 7) oświadczenie o wychowywaniu dziecka z niepełnosprawnością
- 8) oświadczenie o niepełnosprawności osoby rodzica/opiekuna dziecka,
- 9) oświadczenie o niekorzystnej sytuacji finansowej (jeśli dotyczy),
- 10) oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka (jeśli dotyczy),
- 11) oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych,

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- 1) Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy wynikającej z art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje;
- 2) Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia i załączone zaświadczenia oraz inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów, są zgodne z prawdą;
- 3) Zapoznałem/-am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Moja Akademia”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania;
- 4) Deklaruję swój udział w projekcie „Moja Akademia”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim;
- 5) Zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie;
- 6) Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających podjęcie zatrudnienia w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy uczestnictwa w projekcie, utrzymania lub podjęcia zatrudnienia przez okres pobytu dziecka/dzieci w żłobku oraz do dostarczenia dokumentów potwierdzających utrzymanie zatrudnienia do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- 7) Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Moja Akademia” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
- 8) Zostałem/-am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej;
- 9) W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie;
- 10) Zostałem/-am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).
- 11) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016 r., str. 1, z późn. zm).
- 12) Zobowiązuję się do podawania do wiadomości Organizatora jakichkolwiek zmian w informacjach podanych w formularzu zgłoszeniowym.

Miejscowość i data

Czytelny podpis



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

