Projekt: Rozwój oferty Powiślańskiej Szkoły Wyższej dla osób dorosłych
Nr umowy: FERS.01.05-IP.08-0528/23-00
Program Fundusze Europejskie Dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |  | Data urodzenia |  |
| Płeć | ☐ Kobieta | [ ]  Mężczyzna | ☐ Odmawiam odpowiedzi |
| Wykształcenie | ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – ukończone liceum/technikum☐ Policealne (ISCED 4) – ukończona szkoła policealna☐ Wyższe (ISCED 5-8) – studia krótkiego cyklu/licencjackie/magisterskie |
| **DANE KONTAKTOWE**(W PRZYPADKU OBCOKRAJOWCÓW – STACJONARNY ADRES PODCZAS POBYTU W POLSCE) |
| Województwo |  | Miejscowość |  |
| Powiat |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **STATUS NA RYNKU PRACY w chwili przystąpienia do projektu** (ZAZNACZ „X” TYLKO W JEDNYM MIEJSCU) |
| Osoba pracująca | [ ]  Na własny rachunek[ ]  W administracji rządowej[ ]  W administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)[ ]  W organizacji pozarządowej[ ]  W sektorze Mikro-Małych-Średnich przedsiębiorstw[ ]  W dużym przedsiębiorstwie[ ]  W podmiocie wykonującym działalność leczniczą[ ]  W szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)[ ]  W szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)[ ]  Na uczelni[ ]  W instytucie naukowym[ ]  W instytucie badawczym[ ]  Dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki[ ]  Na rzecz państwowej osoby prawnej[ ]  Inne |
| Nazwa Zakładu Pracy | ………………………………………………………………… |
| Adresem zakładu pracy | ………………………………………………………………… |
| **W ramach projektu wyrażam wolę uczestnictwa w szkoleniu** (ZAZNACZ „X” TYLKO W JEDNYM MIEJSCU) |
| Rodzaj szkolenia  | [ ]  Zarządzanie zrównoważonym rozwojem w kontekście Smart City - 20 godzin[ ]  Zarządzanie Kryzysem Wizerunkowym - 70 godzin[ ]  Zarządzanie placówkami medycznym - 56 godzin[ ]  Zarządzanie relacjami z klientem z wykorzystaniem CRM - 40 godzin[ ]  Wdrażanie i koordynowanie procesów biznesowych Lean Office - 70 godzin[ ]  Szkolenie RODO - 10 godzin |
| **Preferowana lokalizacja szkoleń (ZAZNACZ „X” TYLKO W JEDNYM MIEJSCU)** |
| Miejscowość | [ ]  Kwidzyn[ ]  Kościerzyna[ ]  Gdańsk[ ]  Toruń |
| **STATUS KANDYDATA w chwili przystąpienia do projektu** |
| a) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*(należy zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi stawiając znak „x”):* |
| [ ]  Nie | [ ]  Odmawiam odpowiedzi | [ ]  Tak |
| b) Osoba bezdomna, wykluczona mieszkaniowo*(należy zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi stawiając znak „x”):* |
| [ ]  Nie | [ ]  Odmawiam odpowiedzi | [ ]  Tak |
| c) Osoba z niepełnosprawnościami*(należy zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi stawiając znak „x”):* |
| [ ]  Nie | [ ]  Odmawiam odpowiedzi | [ ]  Tak |
| **Oświadczam, że:*** zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój oferty Powiślańskiej Szkoły Wyższej dla osób dorosłych ” – FERS.01.05-IP.08-0535/238 i spełniam określone w nim kryteria dostępu do projektu oraz akceptuję wszystkie postanowienia w nim zawarte,
* zostałam/em poinformowana/y, iż Projekt „Rozwój oferty Powiślańskiej Szkoły Wyższej dla osób dorosłych” – FERS.01.05-IP.08-0535/238 jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
* wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Rozwój oferty Powiślańskiej Szkoły Wyższej dla osób dorosłych”,
* **akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu,**
* zostałam/em poinformowana/y o możliwości i trybie zgłaszania do Instytucji Zarządzającej lub Instytucji Pośredniczącej podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Beneficjenta z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.(Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 z późn.zm)

**Zobowiązuję się do:*** odbycia 3 godzin doradztwa/mentoringu w Projekcie,
* posiadania min. 80% godzin zajęć przewidzianych programem udzielonego wsparcia, tj. szkolenia i potwierdzonych wpisem na listę obecności,
* przystępowania w terminie do zaliczeń/egzaminów/testów przewidzianych programem szkolenia zgodniez określonym systemem certyfikacji,
* wypełniania ankiet wykonywanych na potrzeby Projektu,
* przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym,
* udziału w badaniu monitorującym losy absolwentów na rynku pracy w okresie 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie,
* w przypadku zaistnienia konieczności uzupełnienia dokumentacji projektowej – uzupełnienia tej dokumentacji niezwłocznie po wezwaniu przez Beneficjenta.

**Zgłaszam** specyficzne potrzeby konieczne do uwzględnienia podczas udziału w działaniach projektu:* wymagana obecność tłumacza języka migowego (tak/nie)
* konieczność stosowania przedmiotów i urządzeń wspomagających (tak/nie) jakich?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* konieczność dostosowania materiałów dydaktycznych (tak/nie) jak? np.: większa czcionka, kontrast kolorów…………………….……………………………………………………………………
* Inne szczególne potrzeby (jakie?)..……………………………………………………………………………………….…………………

 …………………………… ………………………….………………………………………DataCzytelny podpis Kandydatki/Kandydata |