



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Postaw na swój sukces”

UPRZEJMIIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU										
1. DANE PODSTAWOWE										
Nazwisko						Imię (imiona)				
Data urodzenia						Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe			
PESEL						Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna			
2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA										
Kod pocztowy			-			Poczta				
Ulica						Nr domu / lokalu				
Miejscowość						Gmina				
Powiat						Województwo				
Tel. kontaktowy						Adres e-mail				
3. KRYTERIA REKRUTACYJNE										
A. KRYTERIA FORMALNE										
Osoba fizyczna, ucząca się, pracująca lub zamieszkująca zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie województwa warmińsko-mazurskiego							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba z własnej inicjatywy zainteresowana podnoszeniem poziomu kompetencji i kwalifikacji (w zakresie języków obcych lub ICT)							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba o niskich kwalifikacjach na poziomie do ISCED 3 włącznie tj. wykształcenie maksymalnie ponadgimnazjalne (średnie)							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba w wieku 50 lat i więcej							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
B. KRYTERIA PREMIUJĄCE										
Osoba z niepełnosprawnością <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie orzeczenia o posiadanej niepełnosprawności, orzeczenia o stanie zdrowia bądź innego równoważnego dokumentu)</i>							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
W tym: Osoba z niepełnosprawnością ze względu na wzrok							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba posiadająca poziom podstawowy lub brak kompetencji w zakresie kompetencji językowych lub ICT							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			
Osoba, która dotychczas nie korzystała ze wsparcia w zakresie tożsamym z oferowanym w niniejszym projekcie w ramach środków EFS							<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie			



Osoba bezrobotna <i>(w przypadku zaznaczenia 'TAK', konieczne będzie przedłożenie zaświadczenia z PUP lub dodatkowego oświadczenia własnego osoby bezrobotnej)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub stanu zdrowia</b> (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> specjalistyczny sprzęt dla osób niewidomych/słabowidzących <input type="checkbox"/> druk materiałów powiększoną czcionką <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> inne: ..... .....	
	Co możemy zrobić, aby czuł/a się Pani/Pan u nas komfortowo? ..... ..... .....	
<b>5. PREFEROWANE WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU</b>		
<input type="checkbox"/> Kurs języka angielskiego	<input type="checkbox"/> Kurs języka niemieckiego	<input type="checkbox"/> Kurs ICT (kurs komputerowy)
<b>6. POZIOM UMEJĘTNOŚCI JĘZYKOWYCH</b>		
<b>J. ANGIELSKI</b>	<b>J. NIEMIECKI</b>	
<input type="checkbox"/> Początkujący (nigdy nie uczyłem/am się języka) <input type="checkbox"/> Podstawowy (uczyłem/am się dawno lub krótko) <input type="checkbox"/> Średniozaawansowany <input type="checkbox"/> Zaawansowany <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Początkujący (nigdy nie uczyłem/am się języka) <input type="checkbox"/> Podstawowy (uczyłem/am się dawno lub krótko) <input type="checkbox"/> Średniozaawansowany <input type="checkbox"/> Zaawansowany <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
<b>7. POZIOM UMIEJĘTNOŚCI KOMPUTEROWYCH</b>		
<input type="checkbox"/> Początkujący (nigdy nie korzystałem/am z komputera) <input type="checkbox"/> Podstawowy (znam podstawowe funkcje i polecenia)	<input type="checkbox"/> Średniozaawansowany <input type="checkbox"/> Zaawansowany <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	



## 8. DEKLARACJA

**Ja, niżej podpisana(y),**

.....  
(imię, nazwisko składającego/ej oświadczenie)

zam. ....

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Oświadczam, iż

1. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
2. jestem zainteresowany/a wzięciem udziału w projekcie: „Postaw na swój sukces”;
3. uczę się/pracuję/zamieszkuję zgodnie z Kodeksem Cywilnym na terenie województwa warmińsko-mazurskiego;
4. zostałem/am poinformowany, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020;
5. zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

**Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,  
oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny Podpis

### BIURO PROJEKTU:

**EC Euro Consulting Sp. z o.o.**  
ul. Kard. St. Wyszyńskiego 1/201  
10-457 Olsztyn  
tel. 89 521 00 15, e-mail:  
[eceuro@eceuroconsulting.olsztyn.pl](mailto:eceuro@eceuroconsulting.olsztyn.pl)

### PARTNER PROJEKTU:

**Open Education Group Sp. z o.o.**  
ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok  
tel. 85 869 11 69  
e-mail: [open@openeducation.pl](mailto:open@openeducation.pl)

### BIURO PROJEKTU (DOSTĘPNE DLA OSÓB Z

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI):  
Fundacja Szansa dla Niewidomych  
Tyflopunkt w Olsztynie**  
ul. Dąbrowszczaków 39, 10-542 Olsztyn  
tel. 89 526 42 80  
e-mail:  
[olsztyn@szansadlaniewidomych.org](mailto:olsztyn@szansadlaniewidomych.org)

### **Klauzula informacyjna dla osób biorących udział w procesie rekrutacji do projektu „Postaw na swój sukces”**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: EC Euro Consulting Sp. z o.o., ul. Kard. St. Wyszyńskiego 1/201, 10-457 Olsztyn; Open Education Group Sp. z o.o. ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok oraz Fundacja Szansa dla Niewidomych, ul. Chlubna 88, 03-051 Warszawa;
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: udziału w rekrutacji do projektu „Postaw na swój sukces”- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
3. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (podmioty uczestniczące w realizacji projektu/procesie rekrutacji).
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakońzonego projektu;
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia – z zastrzeżeniem pkt. 7;
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy dot. realizacji wsparcia w ramach projektu o którym mowa w pkt. 2.