*Załącznik nr 2 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia*

FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu Formularza\*:** |  |
| **Numer rekrutacyjny\*:** |  |

*\* pole wypełnia personel projektu*

*POUCZENIE:*

* *Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem subsydiowania zatrudnienia.*
* *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, a udzielone informacje powinny być jednoznaczne i precyzyjne. W przypadku ręcznego wypełnienia Formularza należy stosować pismo drukowane.*
* *W przypadku pól niedotyczących Uczestnika należy wpisać „nie dotyczy”. Co do zasady Formularz nie może zawierać niewypełnionych pól.*
* *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone klauzulą „za zgodność z oryginałem” podpisaną z aktualną datą.*
* *Zabrania się używania korektora, wszelkie pomyłki proszę przekreślić i zaparafować.*
* *Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów Formularza (w tym logotypów) - dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści.*
* *Złożony Formularz nie podlega zwrotowi.*
* *Pracodawca/Uczestnik jest zobowiązany do informowania o wszystkich zmianach dot. danych podawanych w Formularzu w terminie określonym w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia.*
* *Beneficjent jest uprawniony do żądania złożenia przez Pracodawcę/Uczestnika dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych w Formularzu.*

**Dane uczestnika projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane osobowe:** | | | |
| 1. Imię i nazwisko: |  | | |
| 1. Płeć (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem ”X”): | 🞏 Kobieta | 🞏 Mężczyzna | |
| 1. PESEL: |  | | |
| 1. Wiek (liczba pełnych skończonych lat na dzień złożenia Formularza danych osobowych): |  | | |
| 1. Data urodzenia: |  | | |
| 1. Obywatelstwo: |  | | |
| 1. Pochodzenie: |  | | |
| **Dane teleadresowe:** | | | |
| 1. Adres zamieszkania: |  | | |
| 1. Powiat: |  | | |
| 1. Gmina: |  | | |
| 1. Numer telefonu: |  | | |
| 1. Adres e-mail: |  | | |
| **Dane o zatrudnieniu:** | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy: |  | | |
| 1. Adres siedziby oraz oddziału (jeżeli jest inny niż adres siedziby): | Siedziba: | | Oddział: |
|  | |  |
| 1. Stanowisko: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Umowa o pracę podpisana na okres zatrudnienia (od … do …): |  |
| **Dane o wykształceniu:** | |
| 1. Poziom wykształcenia (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem ”X”): | * podstawowe, * gimnazjalne, * ponadgimnazjalne (dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe), * pomaturalne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych),   wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, tj. uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora). |
| **Dane dotyczące szczególnych potrzeb:** | |
| 1. Czy osoba objęta wsparciem jest osobą ze szczególnymi potrzebami, na przykład wynikającymi  z niepełnosprawności? Jeśli tak, proszę wskazać  z jakimi, jeżeli nie, proszę wpisać „nie dotyczy”: |  |
| **Dane o szczególnej sytuacji na rynku pracy:** | |
| 1. Czy osoba objęta wsparciem jest (należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi znakiem ”X”): | * osobą, zwolnioną, pozostającą bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika  w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiadającą jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jednocześnie nie jest osobą samozatrudnioną, * osobą odchodzącą z rolnictwa, która podlega ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie Ustawy z dnia 20 grudnia 1990 o ubezpieczeniu społecznym rolników  z tytułu prowadzenia lub pracy w gospodarstwie rolnym, która zamierza podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie Ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych. |

………………………………………………….. ………………………………………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis)*

Oświadczam, że:

* deklaruję chęć podjęcia zatrudnienia w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*, o którym mowa w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia w projekcie *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników,*
* akceptuję warunki uczestnictwa wskazane w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia   
  w projekcie *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników.*
* na potrzeby mojego udziału w projekcie *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników* Pracodawca będzie wypłacał moje wynagrodzenie za pracę na rachunek bankowy nr ……………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | …………………………………………… |
| *(miejscowość i data)* |  | *(czytelny podpis)* |

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*, w szczególności danych zawartych w Formularzu danych osobowych Uczestnika projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*,

**Przyjmuję do wiadomości**, że Pracodawca, z którym zawarłem/am umowę o pracę w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników* będzie przekazywał moje dane osobowe Beneficjentowi oraz innym upoważnionym instytucjom krajowym i instytucji Unii Europejskiej monitorujących realizację projektu **w celu refundacji kosztów mojego zatrudnienia** oraz wypełnienia obowiązków związanych z rozliczeniem Umowy   
o subsydiowanie zatrudnienia, o której mowa § 4 ust. 16 Regulaminu, zgodnie z Regulaminem projektu oraz obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie danych osobowych jest **dobrowolne**, jednak konieczne do udziału w projekcie. Odmowa podania danych uniemożliwia uczestnictwo w projekcie oraz zawarcie umowy o pracę w jego ramach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..……………………………………… |  | …………………………………………… |
| *(miejscowość i data)* |  | *(czytelny podpis)* |