|  |
| --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIOWA**właściciela/właścicielki/pracownika/pracownicy przedsiębiorstwa otrzymującego wsparcie w projekcie |
| **FUR 3 – Fundusz Usług Rozwojowych**realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) |

|  |
| --- |
| **Ja niżej podpisany/-a** |
| **IMIĘ (imiona)** | **NAZWISKO** |
|  |  |
| **PESEL** | **[ ]  TAK**  **[ ]  NIE** | *Jeżeli TAK, to prosimy o podanie numeru* |
| **OBYWATELSTWO** | [ ]  **Obywatelstwo polskie**[ ]  **Obywatel kraju UE** (*brak polskiego obywatelstwa)*[ ]  **Obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec** (*brak polskiego obywatelstwa lub UE)* |
| **Oświadczam, że jestem:** |
| **[ ]  Właścicielem przedsiębiorstwa****[ ]  Właścicielką przedsiębiorstwa** | **[ ]  Pracownikiem przedsiębiorstwa****[ ]  Pracownicą przedsiębiorstwa** |
| **NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA** |  |
| **NIP PRZEDSIĘBIORSTWA** |  |
| **FORMA ZATRUDNIENIA** | **[ ]  Umowa o pracę** | **[ ]  Inna,** (*jeżeli inna proszę wpisać jaka?*) **……………………………………………………..……………………………** |
| **OKRES ZATRUDNIENIA***(zg. z §6 Regulaminu)* | **Od** | **Do** |
|  |  |
| **ZAJMOWANE STANOWISKO** | *(proszę wpisać stanowisko zg. z dokumentacją dot. zatrudnienia)* |
| **WYMIAR CZASU PRACY** | *(proszę o podanie np.1 etat , 3/4 etatu lub 100h)* |

|  |
| --- |
| **Adres zamieszkania i dane kontaktowe właściciela/-ki lub pracownika/-cy** |
| **KRAJ** |  | **WOJEWÓDZTWO** |  |
| **POWIAT** |  | **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **ULICA** |  | **NR BUDYNKU** |  |
| **TEL. KONTAKTOWY** |  | **ADRES E-MAIL** |  |

|  |
| --- |
| **Wykształcenie właściciela/-ki lub pracownika/-cy** *(proszę zaznaczyć X właściwe)* |
| **ISCED (0 - 2) -**  **Średnie I stopnia lub niższe** (*brak formalnego wykształcenia - kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej* | [ ]  |
| **ISCED (3 - 4) - Ponadgimnazjalne – policealne***(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej - zasadniczej szkoły zawodowej lub kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* | [ ]  |
| **ISCED (5 - 8) - Wyższe** *(pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)* | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Status właściciela/-ki lub pracownika/-cy****w chwili przystąpienia do projektu** *(proszę zaznaczyć X właściwe)* |
| **Osoba obcego pochodzenia** *(zg. z §1 Regulaminu)* | [ ]  **TAK** | [ ]  **NIE** |
| **Osoba państwa trzeciego** *(zg. z §1 Regulaminu)* | [ ]  **TAK** | [ ]  **NIE** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem** **z dostępu do mieszkań** *(zg. z §1 Regulaminu)* | [ ]  **TAK** | [ ]  **NIE** |
| **Osoby należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** **(w tym społeczności marginalizowane)** *(zg. z §1 Regulaminu)* | **[ ]  TAK** | [ ]  **NIE**  | [ ]  **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** *Jeżeli TAK należy podać stopień niepełnosprawności oraz szczególne potrzeby dotyczące udziału w usługach rozwojowych* | **[ ]  TAK** | [ ]  **NIE**  | [ ]  **ODMOWA PODANIA INFORMACJI** |
|  |
| **Oświadczenia** | 1. Wyrażam zgodę na upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby wykonania przez SCREP określonych prawem obowiązków wynikających z realizacji projektu, zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.).
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie drogą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
3. Zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.

**Jednocześnie potwierdzam,** że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt **FUR- 3 Fudnudsz Usług Rozwojowych** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego plus (EFS+). |
| *Miejscowość i data* | Wiarygodność podanych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 i 2 k.k.*Czytelny podpis Uczestnika/-czki projektu*  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ja, niżej podpisany/-a** | 1. Kieruję w/w pracownika/-cę do udziału w projekcie **FUR 3 – Fundusz Usług Rozwojowych** i oświadczam, że nie ubiegam się o dofinansowanie identycznych usług rozwojowych dla w/w pracownika/-cy u więcej niż u jednego Operatora w ramach PSF.
2. Oświadczam, że w/w pracownik/-ca jest zatrudniony/-a na terenie woj. warmińsko-mazurskiego w przedsiębiorstwie, które reprezentuję.
 |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osób uprawnionych do reprezentowania Przedsiębiorstwa wraz z pieczątką Przedsiębiorstwa* |

**Integralną częścią karty zgłoszeniowej jest klauzula informacyjna dla osoby, której dane są przetwarzane**

**w ramach realizacji projektu FUR 3 – Fundusz Usług Rozwojowych**