**Załącznik nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu** |  |
| **Numer w Rejestrze** |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**W ramach Projektu: *„Zdrowy pracownik Akademii” nr* FELD.08.04-I.00-0105/24-00**

**Uwaga:** Należy wypełniać **tylko białe pola**

1. **INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer umowy/ decyzji /aneksu**  | **Nazwa beneficjenta**  |
| **FELD.08.04-IZ.00-0105/24-00** | **Akademia Nauk Stosowanych Stefana Batorego** |
| **Tytuł Projektu**  |
| ***„Zdrowy pracownik Akademii”*** |
| **Okres realizacji Projektu (uzupełnia Personel Projektu)** |
| **Od** | **01.03.2025** | **Do** | **30.11.2026** |

1. **DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA/UCZESTNIKA**

**□** Oświadczam, że jestem pracownicą/kiem etatowym Akademii Nauk Stosowanych Stefana Batorego

|  |  |
| --- | --- |
| **Instytut/ Ogólnouczelniana jednostka organizacyjna** |  |
| **Stanowisko** |  |

1. **DANE UCZESTNICZKI/ UCZESTNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj uczestnika**  | **Indywidualny** |
| **Kraj** |  |
| **Imię**  | **Nazwisko**  | **PESEL**  |
|  |  |  |
| **Brak PESEL**  | * TAK
* NIE
 |
| **Płeć**  | **Jeżeli brak PESEL proszę podać datę urodzenia** | **Wykształcenie**  |
| * Kobieta
* Mężczyzna
* Inne
 |  | * ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo**  | **Powiat**  | **Gmina**  |
|  |  |  |
| **Miejscowość**  | **Ulica** | **Poczta** |
|  |  |  |
| **Nr budynku**  | **Nr lokalu**  | **Kod pocztowy**  |
|  |  |  |
| **Telefon kontaktowy**  | **Adres e-mail**  |
|  |  |

1. **SZCZEGÓŁY I RODZAJ WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (uzupełnia Personel Projektu)** | **Data zakończenia udziału w Projekcie (uzupełnia Personel Projektu)** |
|  |  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu**  |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu**  | * osoba bierna zawodowo
* osoba pracująca
* Staż pracy poniżej 2 lat lub powyżej 20 lat
* Staż pracy od 2 lat do 20 lat
 |
| **Osoba pracująca w:** | * administracji rządowej
* administracji samorządowej
* inne
* MŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników)
* w organizacji pozarządowej
* w dużym przedsiębiorstwie (zatrudniające powyżej 250 pracowników)
* prowadząca działalność na własny rachunek
 |
| **Zatrudniona w:** | **ANSB** |
| **Wykonywany zawód:** | * instruktor praktycznej nauki zawodu
* instruktor kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
* rolnik
* inny
 |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  | * TAK
* NIE
* Odmawiam podania danych
 |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  | * TAK
* NIE
 |
| **Osoba z niepełnosprawnością** | * TAK
* NIE
* Odmawiam podania danych
 |
| **Osoba w niekorzystnej sytuacji społecznej**  | * TAK
* NIE
* Odmawiam podania danych
 |
| **Czy w związku z uczestnictwem w****Projekcie mają Państwo szczególne****potrzeby wynikające ze stanu****zdrowia lub sytuacji osobistej** | * NIE
* TAK,jakie....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
 |

1. **OŚWIADCZAM, ŻE:**
* spełniam warunki udziału w Projekcie:
* jestem pracownikiem administracji
* jestem pracownikiem dydaktycznym
* wyrażam chęć udziału oraz wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do udziału w Projekcie pn. ”Zdrowy pracownik Akademii”;
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego zapisy;
* wyrażam zgodę na to, aby wszelkiego rodzaju dokumenty, materiały informacyjne oraz inne informacje związane z realizacją Projektu były mi przekazywane za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany przeze mnie w dokumentach aplikacyjnych adres;
* zobowiązuję się do każdorazowego potwierdzania odebranej wiadomości;

zostałem/łam poinformowany(a), że Projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze europejskie dla łódzkiego 2021-2027;

* na etapie składania formularza rekrutacyjnego do powyższego Projektu zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, dotyczących mojego statusu społecznego (w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej);
* zostałem/-am poinformowany/a, iż administratorem moich danych osobowych w ramach realizacji Projektu „Zdrowy pracownik Akademii” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, Minister ds. Finansów Publicznych a także zostałem/-am poinformowana o zakresie przetwarzania danych osobowych oraz komu moje dane osobowe zostały powierzone (podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa – na ich żądanie). Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego informowania o zmianie danych osobowych, a także jestem świadomy/-a ponoszenia wszelkich skutków zaniechania tego obowiązku;
* zostałem/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym wprowadzane są do systemu, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS Plus oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych;
* wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. 2018 poz. 1191 r. z późn. zm.) do celów promocyjnych;
* wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych lub innych badaniach ewaluacyjnych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;
* zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy i jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z prawdą wynikającej z art. 233, 271 i art. 297 Kodeksu karnego ([Dz. U. 2018 poz. 1600](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001600) z późn. zm.).

 *…..………………………………………. ……………………………………………………* MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA

 PROJEKTU