**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