**Załącznik nr 5**

do Regulaminu uczestnictwa dodatkowych

Uczestników projektu

PWP “Przełamać bariery”

|  |  |
| --- | --- |
| WYPEŁNIA INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK | |
| Data wpływu wniosku |  |
| Numer wniosku |  |

**Wojewódzki Urząd Pracy**

**w Białymstoku**

**ul. Pogodna 22**

**15-354 Białystok**

**WNIOSEK UCZESTNIKA PROJEKTU O SKIEROWANIE NA STAŻ ZAWODOWY**

**w ramach projektu**

***PWP „Przełamać bariery”***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Imię (Imiona) | | | | |  | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Miejsce urodzenia | | | | |  | | |
| Obywatelstwo |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Płeć | | | | | □ Kobieta □ Mężczyzna | | |
| PESEL |  | |  |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |
| Właściwy Urząd Skarbowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. DANE KONTAKTOWE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu / lokalu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. stacjonarny | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | E-mail | |  | | | |
| Tel. komórkowy | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| 3. DANE DODATKOWE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | | □ Brak  □ Podstawowe  □ Gimnazjalne  □ Ponadgimnazjalne (w tym: średnie ogólnokształcące, zasadnicze zawodowe)  □ Pomaturalne  □ Wyższe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Status Kandydata na uczestnika stażu | | |  **Osoba bezrobotna**   |  | | --- | | *(oznacza osobę bezrobotną w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.), a w szczególności osobę niezatrudnioną i zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy)*. |   ** Osoba poszukująca pracy**  *(oznacza osobę poszukującą zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub innej formy pomocy określonej w ustawie, zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy. Podstawa prawna: art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z poźn. zm.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopień niepełnosprawności Kandydata na uczestnika stażu | | | **□ II stopień niepełnosprawności (umiarkowany)** - zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) do umiarkowanego stopnia niepełnosprawnościzalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych    **□ III stopień niepełnosprawności (lekki) -** zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011, Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szkolenia zawodowe, uprawnienia, posiadane umiejętności, itp. | | ………………………………………………………………………………………………………………………  ................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zainteresowania | | …………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Szkolenie zawodowe ukończone w ramach projektu PWP „Przełamać bariery” | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Doświadczenie zawodowe | | …………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę umotywować wniosek | | ………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. LISTA FIRM / INSTYTUCJI PREFEROWANYCH DO ODBYWANIA STAŻU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa** | | | | | | | **Adres siedziby** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Stanowisko stażowe** | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5.Preferowane miejsce odbywania stażu zawodowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ powiat/miasto Białystok  □ powiat/miasto Łomża  □ powiat/miasto Suwałki  Uwagi…………………………………………..  ………………………………………………….. | | | | |
| 6. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja niżej podpisany/a**  ……………………………………………………………………………………………………………………………… (imię i nazwisko składającego oświadczenie)  zamieszkały/a ……….…………………………………………………………………………………………………………….. (adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)  PESEL…………………………………, świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą  **OŚWIADCZAM, ŻE**:   1. wszystkie dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą; 2. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu uczestnictwa w Projekcie PWP „Przełamać bariery”; 3. w/w adres jest moim miejscem zamieszkania, w którym przebywam z zamiarem stałego pobytu; 4. jestem osobą niepełnosprawną ze stopniem niepełnosprawności umiarkowanym lub lekkim 5. deklaruję chęć udziału w stażu zawodowym, realizowanym w ramach projektu pt. PWP „Przełamać bariery”; 6. deklaruję chęć podjęcia zatrudnia 7. wyrażam zgodę na wypełnianie wszelkich dokumentów związanych z projektem, które bezpośrednio mnie dotyczą; zobowiązuję się do powiadomienia Projektodawcy o ewentualnej rezygnacji z udziału w projekcie; 8. zostałem/am poinformowany, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz, że udział w projekcie jest bezpłatny.   ………………………………….. ….….……………………………………..  Miejscowość, data Czytelny podpis  **OŚWIADCZAM, IŻ PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**   * 1. administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;   2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL);   3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji Projektu PWP „Przełamać bariery”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;   4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego, u. Poleska 89, 15-874 Białystok, Beneficjentowi realizującemu Projekt – Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, ul Pogodna 22, 15-354 Białystok oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;   5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;   6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.   ………………………………….. ….….……………………………………..  Miejscowość, data Czytelny podpis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |