*Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w testowaniu modelu SAM w ramach projektu „Systemic Age Management” POWR.04.03.00-00-0029/20*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Uwaga: Przed rozpoczęciem wypełniania niniejszego formularza należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa i dokumentacją projektową znajdującą się na stronie Projektu oraz w Biurze Projektu: ul. Polska 15, 60-595 Poznań.

Formularz Zgłoszeniowy powinien być wypełniony elektronicznie, wydrukowany lub wypełniony ręcznie pismem drukowanym, w języku polskim, czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem Kandytata/tki w wyznaczonym miejscu oraz opatrzony pieczęcią instytucji i podpisem osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania wiążących decyzji/zobowiązań w imieniu danego podmiotu/instytucji zgłaszającej pracownika do udziału w projekcie.

Należy wypełnić wszystkie wymagane pola w formularzu zgłoszeniowym.

|  |
| --- |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA/ORGANIZACJI ZGŁASZAJĄCEJ PRACOWNIKA DO UDZIAŁU W TESTOWANIU MODELU SAM** |
| 1. **Pełna nazwa przedsiębiorstwa/organizacji**

……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….**2. NIP** …………………………………………............ **3. REGON** ……………………………………………………**4. Ulica** …………………………………….…………… **5. Nr budynku** …………….. **6. Nr lokalu** .…….….........**7. Miejscowość** ………………..…..…….………………………………. **8. Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_****9. Gmina** …………………………………………………. **10. Powiat** .………………………………….…….........**11. Województwo** ……….…………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Główny obszar działalności instytucji na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie** mikroprzedsiębiorstwo małeprzedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo organizacja pozarządowa uczelnia  związek pracodawców inne………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTOWANIA PRZEDSIĘBIORSTWA/ORGANIZACJI** |
| 1. **Imię**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………...
3. **Stanowisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………
4. **Telefon kontaktowy** ………………………………………………………………….
5. **Adres e-mail** ………………………………………………………………………………………………………..
 |

|  |
| --- |
| **PRACOWNIK PRZEDSIĘBIORSTWA/ORGANIZACJI ZGŁOSZONY DO UDZIAŁU W TESTOWANIU MODELU SAM** |
| 1. **Imię**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………
3. **Płeć:**  kobieta mężczyzna
4. **Nr PESEL:** ………………………………………………/ **Data urodzenia** ………………………………………………….
5. **Forma zatrudnienia pracownika:** umowa o pracę inna forma – proszę podać jaka: ……………………………………………………………………………………..
6. **Stanowisko:** ……………………………………………………………………………………………………………………….
7. **Staż pracy pracownika\*:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………**1. **Wykształcenie:** podstawowe

 gimnazjalne ponadgimnazjalne policealne wyższe1. **Doświadczenie zawodowe (proszę wskazać łączny staż pracy i staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………..**1. **Orzeczenie o niepełnosprawności:**  tak \*\* nie *\*\* do formularza zgłoszeniowego należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia*
 |
| **DANE TELEADRESOWE PRACOWNIKA SKIEROWANEGO DO TESTOWANIA MODELU SAM** |
| **1. Ulica** ……………………………………………………… **2. Nr domu** …………….. **3. Nr lokalu** .…….….........….**4. Miejscowość** ………………..…..…….………………………. **5 Kod pocztowy \_ \_ - \_ \_ \_****6. Gmina** …………………………………………………………. **7. Powiat** .………………………………….……...............**8. Województwo** …………………………………………………………………….**9. Nr telefonu** ………………………………………………………………………….**10. Adres e-mail** …………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **DEKLARCJA UCZESTNICTWA INSTYTUCJI W TESTOWANIU MODELU SAM** |
| Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania przedsiębiorstwa/organizacji, którą reprezentuję, do udziału w projekcie „*Systemic Age Management*”, finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa, deklaruję przystąpienie do uczestnictwa w testowaniu modelu SAM, w procesie wymiany informacji i stałej współpracy z Beneficjentem projektu – Fundacja Partycypacji Społecznej, ul. Polska 15, 60-595 Poznań.Tym samym zgłaszam udział i kieruję wyżej wymienionego pracownika do udziału w etapie testowania modelu SAM w ramach ww. Projektu.Jako testowanie rozumiany jest cykl zajęć, w trakcie których pracownik przedsiębiorstwa/organizacji testującej uczestniczy w szkoleniach i warsztatach.W przypadku uzasadnionej niemożliwości uczestnictwa w projekcie wyżej wymienionego pracownika, zobowiązuję się do skierowania w jego miejsce innej osoby zatrudnionej w przedsiębiorstwie/organizacji, która spełnia kryteria określone w Regulaminie uczestnictwa w testowaniu modelu SAM.……………………………………… ……………………………………………………..………. Miejscowość, data podpis osoby upoważnionej ……………………………………………………………… pieczęć przedsiębiorstwa/organizacji |

|  |
| --- |
| **DEKLARCJA UCZESTNICTWA PRACOWNIKA W TESTOWANIU MODELU SAM** |
| **Ja niżej podpisany/a Kandydat/-ka skierowany przez ww. przedsiębiorstwo/organizację oświadczam, że:*** Jestem osobą zatrudnioną ww. przedsiębiorstwie/organizacji,
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
* **Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w testowaniu modelu SAM w Projekcie wraz z załącznikami i akceptuję zapisy tych dokumentów,**
* Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim,
* Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego,
* Mam świadomość, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta projektu
* Mam świadomość, że aktywności realizowane w ramach projektu mogą odbywać się w miejscowości innej niż miejscowość, w której znajduje się przedsiębiorstwo/organizacja, którą reprezentuję i/lub innej miejscowości niż miejscowość, gdzie posiadam miejsce zamieszkania,
* Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych,
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),
* Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”), do celów związanych z przeprowadzeniem procesów rekrutacji, monitoringu i ewaluacji Projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta – Fundacja Partycypacji Społecznej – z obowiązków sprawozdawczych związanych z realizowanym Projektem. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.
* W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do udostępnienia danych wskazanych w „Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014- 2020” oraz „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”, potrzebnych do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzania ewaluacji, a także do przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu.

*Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą*.……………………………………… ……………………………………………………..………. Miejscowość, data podpis pracownika |