



Załącznik Nr 1B do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA PRACOWNIKÓW MOPR

Data wpływuData rejestracji

Nr identyfikacji
.....

I. Dane osobowe

1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	PESEL
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek
6.	Data i miejsce urodzenia
7.	Adres zamieszkania	miejscowość: ulica: nr domu..... nr lokalu: kod pocztowy:
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
8.	Czy jesteś osobą zatrudnioną w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Kielcach na podstawie umowy o pracę	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
9.	Jakie posiadasz wykształcenie?	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe



10.	Czy posiadasz doświadczenie w pracy z osobami wykluczonymi społ. w tym osobami bezdomnymi/zagrożonymi bezdomnością?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, to ile lat? <input type="checkbox"/> do 2 lat <input type="checkbox"/> od 2 do 6 lat <input type="checkbox"/> od 6 do 10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
11.	Czy jesteś osobą bezdomną/zagrożoną bezdomnością?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
12.	Czy jesteś niepełnosprawną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności? <input type="checkbox"/> Znaczny/I gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i>
13.	Czy jesteś osobą w innej niż wymienionej powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14.	Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym Romowie), migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
15.	Czy jesteś obywatelem krajów trzecich (krajów spoza UE)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
16.	Wykonywany zawód
17.	Miejsce zatrudnienia	Nazwa zakładu pracy..... Miejscowość..... Kod pocztowy..... ulica.....

II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 17) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.



3.	W związku z przystąpieniem do Projektu SAB+ Skuteczna Aktywizacja Bezdomnych, oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4.	Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
5.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o dofinansowaniu projektu pn. „ SAB+ Skuteczna Aktywizacja Osób Bezdomnych” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
6.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że udział w projekcie jest bezpłatny.
7.	Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do uczestnictwa w projekcie.
8.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że po zakwalifikowaniu mnie do projektu otrzymuję status uczestnika projektu w dniu otrzymania pierwszej formy wsparcia.
9.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania i przetwarzania przez administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce będący beneficjentem projektu.
10.	Oświadczam, że udzielam dla Beneficjenta (MOPR) i Partnera (Stowarzyszenie Edukacja przez Internet) realizatorów projektu, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć, filmów itp. nośników informacji z moim wizerunkiem w ramach realizacji projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, filmów itp. za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu realizacji projektu
11.	Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję udział w projekcie.

Kielce, dnia.....

.....
(podpis kandydata)**III. Dołączone wymagane załączniki od Klienta**

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR	
	TAK	NIE DOTYCZY
1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz		
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny)		
1.2 Formularz Ankiety potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami		
1.3 Formularz klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik 4 A		
1.4 Formularz klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik 4 B		
Data i podpis pracownika Biura Projektu		

**Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika MOPR (przed ostatecznym złożeniem formularza).*