



**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
**do projektu *Zdolni do Zmiany 3***  
**nr FEKP.08.06-IP.01-0015/24**

Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, działania 08.06 Wsparcie w obszarze adaptacyjności, schematu Wsparcie outplacementowe, celu szczegółowego: EFS+.CP4.D – Wspieranie dostosowania pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się oraz zdrowego i dobrze dostosowanego środowiska pracy, które uwzględnia zagrożenia dla zdrowia programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, na podstawie umowy nr FEKP.08.06-IP.01-0015/24-00 z dnia 16 grudnia 2025 r. zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Toruniu.

**DATA WPŁYWU FORMULARZA**

□□-□□-□□□□

DZIEŃ      MIESIĄC      ROK  
*(wypełnia osoba przyjmująca formularz)*

**DANE OSOBOWE**

Imię i nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data i miejsce urodzenia	
Wiek na dzień składania formularza	
Obywatelstwo	
Oświadczam, że posiadam wykształcenie:	
<input type="checkbox"/> brak	
<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED-1)	
<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED-2)	
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED-3)	
<input type="checkbox"/> policealne (ISCED-4)	
<input type="checkbox"/> wyższe (ISCED-5-8)	

ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup> / DANE KONTAKTOWE		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Numer budynku/Numer lokalu	Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail	

STATUS SPOŁECZNY		
Osoba pochodząca z krajów trzecich <sup>2</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba obcego pochodzenia <sup>3</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <sup>4</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>5</sup> .		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych (takich jak np. Romowie).		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Każda osoba niebędąca obywatelem kraju UE.

<sup>3</sup> Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

<sup>4</sup> Osoba bezdomna lub żyjąca w ekstremalnych formach wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym zakwaterowaniu, nieodpowiednich warunkach mieszkaniowych.

<sup>5</sup> Za osobę z niepełnosprawnościami uznaje się osobę w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.) a także osobę z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

### PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

- Oświadczam, że mieszkam i/lub pracuję na terenie województwa kujawsko-pomorskiego
- Oświadczam, że równocześnie nie uczestniczę w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+

Lp.	Szczególne potrzeby	Proszę wpisać
1.	Na przykład: żywieniowe (np. alergie), związane z zapewnieniem tłumacza języka migowego, pętli indukcyjnej, materiałów w alfabecie Braille'a.	

### STATUS NA RYNKU PRACY

- Osoba przewidziana do zwolnienia<sup>6</sup>**
- Osoba zagrożona zwolnieniem z pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy<sup>7</sup>**
- Osoba zwolniona w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy<sup>8</sup>**

<sup>6</sup> Osoba, która znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

<sup>7</sup> Osoba zatrudniona u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tej osoby do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2024 r. poz. 61) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników - albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Osoba ta nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

<sup>8</sup> Osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.



			osoba przyjmująca formularz)
Oświadczam, że zamieszkuję na terenach wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Oświadczam, że jestem osobą zwolnioną w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Lp.	Forma wsparcia	Proszę zaznaczyć X przy wsparciu, w którym chce Pan/Pani wziąć udział
1.	Kursy zawodowe	Spawanie MAG+TIG
		Spawanie TIG
		Spawanie MIG
		Spawanie MAG
		Operator wózka jezdniowego
		Uprawnienia elektryczne (I grupa)
		Monter instalacji budowlanych z uprawnieniami elektrycznymi (I grupa)
		Operator koparkoładowarki
		Murarz-tylnkarz
		Kucharz

OŚWIADCZENIA
<p>Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:</p> <p><input type="checkbox"/> Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie <b>Zdolni do Zmiany 3</b> i akceptuję jego warunki.</p> <p><input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego do projektu.</p> <p><input type="checkbox"/> Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków</p>

Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Kujaw i Pomorza 2021-2027.

- Informacje w formularzu są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania realizatora Projektu o zmianach jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.
- Oświadczam, iż w chwili zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję systematyczny i aktywny udział w oferowanych formach wsparcia oraz usprawiedliwiania nieobecności.

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....  
(*miejsowość, data, czytelny podpis osoby składającej formularz*)