****

**Kandydat, który chce wziąć udział w rekrutacji na stanowisko Specjalisty ds. pozyskiwania i rozliczania dofinansowania, zobowiązany jest doręczyć:**

1. list motywacyjny i życiorys,
2. kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,
3. kopie dokumentów potwierdzających staż pracy,
4. kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie (oryginał),
5. oświadczenie kandydata o korzystaniu z pełni praw publicznych (oryginał),
6. oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji (oryginał).
7. oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwa skarbowe (oryginał),
8. oświadczenie o nieposzlakowanej opinii,
9. oświadczenie o stanie zdrowia.

**Termin składania ofert:**

* osobiście: do godziny 15:00, nie później niż do 15.01.2020 r.
* pocztą: nie później niż do 15.01.2020 roku - decyduje data stempla pocztowego

Na ofercie prosimy o podanie stanowiska, numeru oferty (30/19) i komórki organizacyjnej Urzędu (GM UMWZ), której oferta dotyczy.

**Miejsce składania ofert:**

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego

Wydział Organizacji i Rozwoju Zasobów Ludzkich

ul. Korsarzy 34

70-540 Szczecin

wejście: I, pok. 117

Oferty niekompletne i niespełniające wymogów oraz przesłane po terminie nie będą rozpatrywane. Zakwalifikowani kandydaci zostaną telefonicznie powiadomieni o terminie rozmowy wstępnej. Brak odpowiedzi jest równoznaczny z niezakwalifikowaniem kandydata.

W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Zachodniopomorskiego w miesiącu poprzedzającym datę publikacji ogłoszenia wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych był niższy niż 6%.

Kandydaci, którzy zamierzają skorzystać z uprawnienia, o którym mowa w art. 13a ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 2018 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1282), są zobowiązaniu do złożenia wraz z dokumentami aplikacyjnymi kopii dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność.

Informujemy, że Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego w sferze prawa pracy jest Województwo Zachodniopomorskie. Dokładne informacje dotyczące zasad przetwarzania kadrowych i płacowych danych osobowych znajdują się na stronie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego pod adresem http://bip.rbip.wzp.pl/node/265637.

Załącznik nr 4 do oferty

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA OSOBY**

**UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ZATRUDNIENIE NA STANOWISKU**

**SPECJALISTY DS. POZYSKIWANIA I ROZLICZANIA DOFINANSOWANIA**

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO:

|  |
| --- |
|  |

1. IMIONA RODZICÓW:

|  |
| --- |
|  |

1. DATA URODZENIA:

|  |
| --- |
|  |

1. OBYWATELSTWO:

|  |
| --- |
|  |

1. MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES DO KORESPONDENCJI):

|  |
| --- |
|  |

1. WYKSZTAŁCENIE: ................................................................................................................................... (wpisać jakie)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa szkoły/uczelni: | Data ukończenia szkoły/uczelni: |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

1. WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kursy, studia podyplomowe, certyfikaty itp. | Data ukończenia lub data rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

1. PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa pracodawcy | Zajmowane stanowisko | Okres zatrudnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

1. DODATKOWE UPRAWNIENIA (np. stopień znajomości języka obcego), UMIEJĘTNOŚCI, ZAINTERESOWANIA PRZYDATNE W PRACY NA TYM STANOWISKU

|  |
| --- |
|  |

1. OŚWIADCZAM, ŻE POZOSTAJĘ / NIE POZOSTAJĘ W REJESTRZE BEZROBOTNYCH I POSZUKUJĄCYCH PRACY.

(\*niepotrzebne skreślić)

1. OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W PUNKTACH 1, 3 i 4 SĄ ZGODNE Z:
2. DOWODEM OSOBISTYM:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| seria | numer | wydanym przez |
|  |  |  |

LUB

1. INNYM DOWODEM TOŻSAMOŚCI (wpisać jakim, numer)

|  |
| --- |
|  |

..................................................... ..................................................................

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby

ubiegającej się o zatrudnienie)

Załącznik nr 5 do oferty

**Oświadczenie kandydata o korzystaniu z pełni praw publicznych**

Ja, niżej podpisany/a………………………………………………………………..

zamieszkały/a ………………………………………………………………………

legitymujący/a się dowodem osobistym seria …………… nr ……………………

wydanym przez ……………………………………………………………………….

świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że mam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych.

………………………...........................……………

(imię i nazwisko kandydata - czytelny podpis, data)

Załącznik nr 6 do oferty

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego na Specjalistę ds. pozyskiwania i rozliczania dofinansowania w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Zachodniopomorskiego.

…………...............………………………………….

(imię i nazwisko kandydata - czytelny podpis, data)

Załącznik nr 7 do oferty

**Oświadczenie kandydata o niekaralności**

Ja, niżej podpisany/a……………………...........................…………………………………………..

zamieszkały/a ………………………………...........................………………………………………

legitymujący/a się dowodem osobistym seria ………...…… nr ……………………

wydanym przez ………………………………………………….....................…………………….

świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).

…………………………………… ………….....................………………………..

(miejscowość, data) (imię i nazwisko kandydata - czytelny podpis)

Załącznik nr 8 do oferty

**Oświadczenie**

Zgodnie z art. 6 ust 3 pkt 3 ustawy o pracownikach samorządowych oświadczam, że cieszę się nieposzlakowaną opinią.

…………...........................………………………..

(imię i nazwisko kandydata - czytelny podpis, data)

Załącznik nr 9 do oferty

**Oświadczenie**

Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na zatrudnienie mnie na stanowisku Specjalisty ds. pozyskiwania i rozliczania dofinansowania.

…………...........................………………………..

(imię i nazwisko kandydata - czytelny podpis, data)