

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Projekt „Kompleksowe wsparcie szansą na zatrudnienie osób niepełnosprawnych” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Stowarzyszenie „Aktywność Bez Barier” w Mierzynie na podstawie Umowy nr: UDA.RPZP.07.01.00-32-K505/17-00 zawartej w dniu 21.06.2017r. z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Szczecinie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
1. Imię/Imiona		2. Nazwisko	
3. Data urodzenia		4. Wiek	
5. Płeć	6. <input type="checkbox"/> Kobieta		7. <input type="checkbox"/> Mężczyzna
8. PESEL			
ADRES ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA			
9. Ulica, nr domu/lokalu			
10. Miejscowość		11. Kod pocztowy	
12. Gmina		13. Powiat	
14. Obszar	<input type="checkbox"/> miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> wiejski		
15. Województwo			
16. Tel. stacjonarny		17. Tel. Kom.	
18. Adres e-mail			
ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż powyżej)			
19. Ulica, Nr domu/lokalu			
20. Miejscowość		21. Kod pocztowy	
22. Gmina		23. Powiat	



24. Województwo	
WYKSZTAŁCENIE	
<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	Ukończone szkoły/uczelnie:
25. Wyuczony zawód/ostatnio wykonywany
26. Dodatkowe kwalifikacje	Szkolenia: Kursy: Uprawnienia: Umiejętności:
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KANDYDATA	
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień
Orzeczenie ważne:	<input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KANDYDATA	

<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe (01-U)	<input type="checkbox"/> choroby psychiczne (02-P)	<input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)
<input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku (04-O)	<input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu (05-R)	<input type="checkbox"/> epilepsja (06-E)
<input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia (07-S)	<input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego (08-T)	<input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego (09-M)
<input type="checkbox"/> choroby neurologiczne (10-N)	<input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)	
<input type="checkbox"/> inne schorzenia (11-I), jakie		
STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY		
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba bierna zawodowo/bezrobotna niezarejestrowana w PUP , w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bierna zawodowo/ bezrobotna (powyżej 5 lat) <input type="checkbox"/> ucząca się lub kształcąca
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP , w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna (powyżej 5 lat)
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba zatrudniona, w tym: <input type="checkbox"/> zatrudnienie na umowę o pracę/umowę zlecenie <input type="checkbox"/> samozatrudnienie <input type="checkbox"/> rolnik
27. Co spowodowało, że jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia?	
28. Jakie bariery indywidualne wynikają z Pana/i niepełnosprawności?	

<p>29. Wykonywanie jakich czynności sprawia Panu/i trudność?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>30. Czy wyraża Pan/i chęć uczestnictwa w:</p>		
<p>zajęciach grupowych z zakresu aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>indywidualnych konsultacjach z zakresu doradztwa zawodowego</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>indywidualnych konsultacjach z psychologiem</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>szkoleniach zawodowych</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>stażach zawodowych</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>31. Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>32. Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>33. Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p>34. Czy jest Pan/i osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? (innej niż wymienione powyżej)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Oświadczam że:

- 1) zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Kompleksowe wsparcie szansą na zatrudnienie osób niepełnosprawnych ” współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.
- 2) zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, organizacji i ewaluacji Projektu „Kompleksowe wsparcie szansą na zatrudnienie osób niepełnosprawnych”.
- 1) Powyższe dane przedstawione przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie „Kompleksowe wsparcie szansą na zatrudnienie osób niepełnosprawnych” są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania. Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w sytuacji potwierdzenia nieprawdziwych danych zgodnie z art. 233 KK.
- 2) oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim warunki, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu „Kompleksowe wsparcie szansą na zatrudnienie osób niepełnosprawnych”
- 3) przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem uczestnictwa w projekcie jest spełnianie warunków określonych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
- 4) Oświadczam, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Kandydata

Data i czytelny podpis Kandydata:

Podpis osoby przyjmującej wniosek: