



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy  
w Szczecinie

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Niepełnosprawni do pracy” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,  
realizowany przez Stowarzyszenie „Aktywność Bez Barrier” w Gryfinie na podstawie Umowy nr:  
UDA.POKL.07.04.00-32-004/13-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Szczecinie w ramach Priorytetu VII  
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
1. Imię/Imiona		2. Nazwisko	
3. Data urodzenia		4. Wiek	
5. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
6. Seria i nr dowodu osobistego			
7. Dowód osobisty wydany przez			
8. PESEL			
ADRES ZAMELDOWANIA			
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	zachodniopomorskie		
16. Tel. stacjonarny		17. Tel. Kom.	
18. Adres e-mail			



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy  
w Szczecinie

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**ADRES DO KORESPONDENCJI (jeżeli jest inny niż powyżej)**

<b>19. Ulica, Nr domu/lokalu</b>			
<b>20. Miejscowość</b>		<b>21. Kod pocztowy</b>	
<b>22. Gmina</b>		<b>23. Powiat</b>	
<b>24. Województwo</b>			

**WYKSZTAŁCENIE**

- brak
- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne
- pomaturalne
- wyższe

**Ukończone szkoły/uczelnie:**

.....

.....

.....

.....

.....

**25. Wyuczony zawód/ostatnio wykonywany**

.....

**26. Dodatkowe kwalifikacje**

Szkolenia: .....

.....

.....

Kursy: .....

.....

.....

Uprawnienia: .....

.....

.....

Umiejętności: .....

.....

.....



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy  
w Szczecinie

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



### 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"/> narząd ruchu	<input type="checkbox"/> narząd słuchu	<input type="checkbox"/> narząd wzroku
<input type="checkbox"/> epilepsja	<input type="checkbox"/> ogólny stan zdrowia	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona
<input type="checkbox"/> inne przyczyny, jakie .....		

### STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba bezrobotna, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba nieaktywna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się lub kształcąca
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba zatrudniona, w tym: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> samozatrudniona <input type="checkbox"/> zatrudniona w przedsiębiorstwie

**27. Co spowodowało, że jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia?**

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

**28. Jakie bariery indywidualne wynikają z Pana/i niepełnosprawności?**

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



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy  
w Szczecinie

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



<b>29. Wykonywanie jakich czynności sprawia Panu/i trudność?</b>	..... ..... ..... .....	
<b>30. Czy wyraża Pan/i chęć uczestnictwa w:</b>		
zajęciach grupowych z zakresu aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
indywidualnych konsultacjach z zakresu doradztwa zawodowego	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
indywidualnych konsultacjach z psychologiem	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
zajęciach grupowych z prawnikiem	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
stażach zawodowych	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
szkoleniach zawodowych	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>
<b>31. Czy wychowuje Pan/i samotnie dzieci lub opiekuje się osobą zależną?</b>	<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>nie</b>



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Wojewódzki Urząd Pracy  
w Szczecinie

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Oświadczam że:**

- 1) podane informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
- 2) przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem uczestnictwa w projekcie jest spełnianie warunków określonych w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Kandydata

*„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do Projektu „Niepełnosprawni do pracy” (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133 poz.883).*

**Data i czytelny podpis Kandydata:**

**Podpis osoby przyjmującej wniosek:**