



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Kompleksowe wsparcie osób niepełnosprawnych w integracji społeczno-zawodowej” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Stowarzyszenie „Aktywność Bez Barier” w Gryfinie na podstawie Umowy nr WND-POKL.07.02.01-32-001/11 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Szczecinie w ramach Działania 7.2 *Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej*, Poddziałania 7.2.1 *Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym - Priorytetu VII Promocja integracji społecznej* 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 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	zachodniopomorskie		
16. Tel. stacjonarny		17. Tel. Kom.	
18. Adres e-mail			



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**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**

<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe	<b>Ukończone szkoły/uczelnie:</b> ..... ..... ..... ..... .....
--	--

<b>25. Wyuczony zawód/ostatnio wykonywany</b>	.....
---	-------

<b>26. Dodatkowe kwalifikacje</b>	Szkolenia: .....
	.....
	Kursy: .....
	.....
	Uprawnienia: .....
	.....
	Umiejętności: .....
	.....



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**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"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
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 .....		

### PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> wrodzona	<input type="checkbox"/> nabyta: choroba/urazy*
-----------------------------------	---

### STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Osoba nieaktywna zawodowo (niezatrudniona i nie zarejestrowana w PUP) 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 nieaktywną zawodowo?**

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



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



<b>28. Jakie bariery indywidualne wynikają z Pana/i niepełnosprawności?</b>	..... ..... ..... .....	
<b>29. Wykonywanie jakich czynności sprawia Panu/i trudność?</b>	..... ..... ..... .....	
<b>30. Czy akceptujesz swoją niepełnosprawność?</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>31. Czy masz poczucie własnej wartości?</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>32. Czy łatwo przyswajasz wiedzę?</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>33. Czy angażujesz się społecznie?</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>34. Czy wyraża Pan/i chęć uczestnictwa w:</b>		
zajęciach grupowych z zakresu aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
indywidualnych konsultacjach z zakresu doradztwa zawodowego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
indywidualnych konsultacjach z psychologiem	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
zajęciach grupowych z prawnikiem	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>35. Uzasadnij zainteresowanie uczestnictwem w powyższym programie</b>	..... ..... ..... .....	
<b>36. Czy wychowuje Pan/i samotnie dzieci lub opiekuje się osobą zależną?</b>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**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 „Kompleksowe wsparcie osób niepełnosprawnych w integracji społeczno-zawodowej” (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:**