

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Projekt „Tacy sami!” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Stowarzyszenie „Aktywność Bez Barier” w Gryfinie na podstawie Umowy nr: RPZP.07.01.00-32-K602/17-00 zawartej w dniu 30.10.2017r. 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	<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			
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?		

29. Wykonywanie jakich czynności sprawia Panu/i trudność?
30. Czy wyraża Pan/i chęć uczestnictwa w:	
zajęciach grupowych z zakresu aktywizacji zawodowej i społecznej 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
szkoleniach zawodowych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
stażach zawodowych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
31. Czy należy Pan/i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
32. Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
33. Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
34. Czy jest Pan/i osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
35. Czy wychowuje Pan/i samotnie dzieci lub opiekuje się osobą zależną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<p>36. Czy jest Pan/i osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>37. Czy jest Pan/i osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? (innej niż wymienione powyżej)</p>	<p>.....</p>
<p><u>Oświadczam że:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podane informacje są zgodne z prawdą – przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania; 2) oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję zawarte w nim warunki 3) przyjmuję do wiadomości, iż warunkiem uczestnictwa w projekcie jest spełnianie warunków określonych w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. <p>..... Miejscowość i data</p> <p>..... Podpis Kandydata</p>	
<p><i>„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do Projektu „Tacy sami!” (zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133 poz.883).</i></p>	
<p>Data i czytelny podpis Kandydata:</p>	<p>Podpis osoby przyjmującej wniosek:</p>