Załącznik nr 1 do Regulaminu – Formularz rekrutacyjny.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **do projektu pn. „Nowy zawód-nowe możliwości”** | | | | | | | | | |
| **1. Dane Kandydata/Kandydatki** | | | | | | | | | |
| **1.1 DANE PERSONALNE** | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona | |  | | Nazwisko | |  | | | |
| PESEL | |  | | | | | | | |
| Płeć | | ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna | | | | | | | |
| Wykształcenie | | ☐Brak  ☐Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)  ☐Gimnazjalne (ukończone gimnazjum)  ☐Ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza szkoła zawodowa)  ☐Policealne (ukończona szkoła policealna)  ☐Wyższe (pełne i ukończone studia wyższe) | | | | | | | |
| **1.2 ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | Powiat | |  | | | |
| Gmina | |  | | Miejscowość | |  | | | |
| Ulica | |  | | Nr domu/Nr lokalu | |  | | | |
| Kod pocztowy | |  | | Poczta | |  | | | |
| Obszar wiejski  *(wypełnia Realizator)* | | ☐Tak | | ☐Nie | | | | | |
| Miasto średnie  *(wypełnia Realizator)* | | ☐Tak | | ☐Nie | | | | | |
| **1.3 KONTAKT** | | | | | | | | | |
| Telefon | |  | | E-mail | |  | | | |
| **2. STATUS NA RYNKU PRACY** | | | | | | | | | |
| Jestem zatrudniony/a | | | | ☐Tak | | | ☐Nie | | |
| Wykonywany zawód | | | |  | | | | | |
| Miejsce pracy *(nazwa i adres)* | | | |  | | | | | |
| Jestem bierny/a zawodowo (osoba, która w danej chwili nie pracuje i nie jest bezrobotna) | | | | ☐Tak | | | ☐Nie | | |
| W tym: Osoba ucząca się | | | | ☐Tak | | | ☐Nie | | |
| Jestem bezrobotny/a (pozostaję bez pracy, jestem gotowy/-a do jej podjęcia , aktywnie szukam zatrudnienia) | | | | ☐Tak zarejestrowany/a w PUP do 12 miesięcy | | | ☐Nie | | |
| ☐Tak zarejestrowany/a w PUP pow. 12 miesięcy | | |
| ☐Tak, niezarejestrowany/a w PUP | | |
| **3. DANE SPRAWOZDAWCZE** *(dane wrażliwe – możliwość odmowy podania informacji)* | | | | | | | | | |
| Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej. Jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia | | | | | | | ☐Tak | ☐Nie | ☐Odmowa |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | ☐Tak | ☐Nie | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami *[[1]](#footnote-1)* - ***osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia*** | | | | | | | ☐Tak | ☐Nie | ☐Odmowa |
| Jestem w niekorzystnej sytuacji społecznej innej niż wymienione powyżej | | | | | | | ☐Tak | ☐Nie | ☐Odmowa |
| **4. POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | | | | | | |
| Kwalifikacyjny kurs zawodowy Technik urządzeń i systemów energetyki odnawialnej | | | | | | | ☐Tak | | |
| Kwalifikacyjny kurs zawodowy Technik grafiki i poligrafii cyfrowej | | | | | | | ☐Tak | | |
| Kwalifikacyjny kurs zawodowy Technik logistyk | | | | | | | ☐Tak | | |
| Kwalifikacyjny kurs zawodowy Technik turystyki wiejskiej | | | | | | | ☐Tak | | |
| Kwalifikacyjny kurs zawodowy Technik usług kosmetycznych | | | | | | | ☐Tak | | |
| **Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:**   * Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Nowy zawód-nowe możliwości”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i deklaruję, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie; * Deklaruję, że chcę przystąpić do udziału w projekcie z własnej inicjatywy, jestem zainteresowany/a nabyciem, uzupełnieniem lub podwyższeniem kwalifikacji; * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883); administratorem moich danych osobowych jest ATUM sp. z o.o., ul. Aleksandra Ostrowskiego 7, 53-238 Wrocław. Zostałem/am poinformowany/a, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. Zostałam poinformowany/a, iż mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. * Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.   Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem. | | | | | | | | | |
| **Data:** |  | | **Podpis Kandydata:** | |  | | | | |

1. ***Osoby z niepełnosprawnościami -*** *osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).*  [↑](#footnote-ref-1)