**Projekt „Aktywna integracja w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Starych Oleszycach” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020**

Projekt realizowany jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jarosławiu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez osobę przyjmująca wniosek | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

* + - 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | DANE PERSONALNE | | | | |
| 1. | Imię / Imiona | |  | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | |
| 3. | Data i miejsce urodzenia | |  | | |
| 4. | Płeć | | □ Kobieta | □ Mężczyzna | |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 6. | NIP | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  | | | |
| 7. | Seria i nr dowodu osobistego: | |  | | |
| 8. | Dowód osobisty wydany przez: | |  | | |
| 9. | Telefon kontaktowy: | | Telefon stacjonarny: | | |
| Telefon komórkowy: | | |
| 10. | Adres e – mail | |  | | |
| 11. | Adres zameldowania | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś | |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |
|  |  |  |  | | |
| 12. | Adres zamieszkania  (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | | |
| A | Miejscowość |  | | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| D | Kod pocztowy |  | | |
| E | Województwo |  | | |
| F | Powiat |  | | |
| G | Gmina |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13. | Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego  (*wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną*) | | | |
| A | Miejscowość |  | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| D | Kod pocztowy |  | |
| E | Województwo |  | |
| F | Powiat |  | |
| G | Gmina |  | |

**II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| 1. | Wykształcenie *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)* |  | Brak | | | |
|  | Podstawowe | | | |
|  | Gimnazjalne | | | |
|  | Zasadnicze zawodowe | | | |
|  | Średnie | | | |
|  | Wyższe | | | |
|  | | | | | | |
| 2. | Status na rynku pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny zarejestrowany**  **w ewidencji urzędów pracy)** | |  | Profil pomocy I |
|  | Profil pomocy II |
|  | Profil pomocy III |
|  | Osoba bezrobotna  **(bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna[[1]](#footnote-1)  **(długotrwale bezrobotny zarejestrowany w urzędach pracy)** | | | |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna  **(długotrwale bezrobotny niezarejestrowany w urzędach pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | | | |
|  | Osoba aktywna zawodowo, tzn. zatrudniona | | | |
|  | Osoba bierna zawodowo | | | |
|  | | | | | | |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Niepełnosprawność w stopniu lekkim | | | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym | | | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu znacznym | | | |
| Symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...…………..  Data ważności orzeczenia:………………………..……………. | | | | |
|  | | | | | | |
| 4. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | | | |
|  | NIE | | | |
|  | | | | | | |
| 5. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | | | |
|  | NIE | | | |
|  | | | | | | |
| 6. | Ubezwłasnowolnienie *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | □ CZĘŚCIOWE □ CAŁKOWITE | | |
|  | NIE | | | |
|  | | | | | | |
| 7. | Preferowane stanowisko pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | pracownik produkcyjno - usługowy przy produkcji podpałki/konfekcjonowaniu | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy przy produkcji mebli | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy w pracowni krawieckiej | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy w dziale ogrodniczo – porządkowym | | | |
|  | | | | | | |
| 8. | Alternatywne stanowisko pracy *(proszę zaznaczyć maksymalnie 2 odpowiedzi)* |  | pracownik produkcyjno - usługowy przy produkcji podpałki/konfekcjonowaniu | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy przy produkcji mebli | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy w pracowni krawieckiej | | | |
|  | pracownik produkcyjno – usługowy w dziale ogrodniczo – porządkowym | | | |

**Wykształcenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Placówki (szkoły, ośrodki, warsztaty), do których Pan/i uczęszczał/a lub uczęszcza | Data  rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Kursy, szkolenia | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Doświadczenie zawodowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce pracy (nazwa  i adres firmy) | **P** – praktyka  **S** – staż  **Z**–zatrudnienie | Stanowisko lub zakres wykonywanych czynności | Czas trwania  (od – do) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**Oświadczam że:**

* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe,
* dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Aktywna integracja w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Starych Oleszycach”
* zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Aktywna integracja w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Starych Oleszycach” oraz akceptuję jego warunki,
* wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie,
* udzielam Wnioskodawcy nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Aktywna integracja w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Starych Oleszycach”,
* zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 8.1. „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”.

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

**Wykaz wymaganych załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer załącznika | Wykaz wymaganych załączników | Załączono | Nie załączono |
| 1 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA NA RYNKU PRACY | 🞎 | 🞎 |
| 2 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA | 🞎 | 🞎 |
| 3 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA | 🞎 | 🞎 |
| 4 | Kserokopia orzeczenia o Stopniu  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | 🞎 | 🞎 |
| 5 | Kserokopia DOWODU OSOBISTEGO | 🞎 | 🞎 |

1. Osoby bezrobotne nieprzerwalnie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy) liczonych do dnia złożenia Formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie. [↑](#footnote-ref-1)