|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU** |
| **Pieczątka Realizatora projektu** | **Nr Kandydata** |  |
| **Data wpływu** |  |
| **Godzina wpływu** |  |
| **Podpis przyjmującego** |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Projekt** | **POWER do pracy – edycja II** |
| **Nr Projektu** | **POWR.01.02.01-18-0034/17** |
| **Oś Priorytetowa** I *Osoby młode na rynku pracy***Działanie** 1.2 *Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy* **Poddziałanie** 1.2.1 *Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego* |
|  |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| **Imię (imiona) i nazwisko** |  |
| **Nr PESEL** |  |
| **Wiek w latach**  |  |
| **Płeć** | [ ]  **Kobieta** [ ]  **Mężczyzna** |
| **ADRES ZAMIESZKANIA***(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)* |
| **Ulica** |  | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Obszar** |  **[ ]  miejski [ ]  wiejski** |
| **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Numer telefonu stacjonarnego**  |  |
| **Numer telefonu komórkowego** |  |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  |
| **STATUS NA RYNKU PRACY\*** *(zgodny z §1 pkt 4 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)***\*należy zaznaczyć jedną odpowiedź** |
| **[ ]**  | Jestem osobą bierną zawodowo (tj. osobą która nie pracuje i aktywnie nie poszukuje pracy)  |
| **[ ]**  | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy |
| **[ ]**  | Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowana w urzędzie pracy (tj. osoba która nie pracuje, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) |
| **[ ]**  | Jestem osobą zatrudnioną i/lub prowadzącą działalność gospodarczą i/lub realizująca umowę cywilnoprawną |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA*****\*Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia*** |
| [ ]  | Brak formalnego wykształcenia | [ ]  | Podstawowe (ISCED 1)\* | [ ]  | Gimnazjalne (ISCED 2)\* |
| [ ]  | Ponadgimnazjalne (ISCED 3)\**(ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)* | [ ]  | Policealne (ISCED 4)\**(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* | [ ]  | Wyższe (ISCED 5-8)\* |
| **Ostatnia ukończona szkoła/uczelnia:***Proszę podać nazwę szkoły, miejscowość, kierunek kształcenia* |  |
| **NAUKA I KSZTAŁCENIE**  |
| **[ ]  tak****[ ]  nie** | Czy uczestniczy/uczestniczył Pan/Pani w pozaszkolnych zajęciach finansowanych ze środków publicznych mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy w okresie ostatnich 4 tygodni? |
| **[ ]  tak****[ ]  nie** | Czy uczestniczy Pan/Pani w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym *(dzienny)?* |
| **Szkoła/uczelnia:***Proszę podać nazwę szkoły, w której nauka trwa, miejscowość, kierunek kształcenia* |  |
| **[ ]  tak****[ ]  nie** | Czy uczestniczy Pan/Pani w kształceniu w trybie niestacjonarnym *(wieczorowy, zaoczny)?* |
| **Szkoła/uczelnia:***Proszę podać nazwę szkoły, w której nauka trwa, miejscowość, kierunek kształcenia* |  |
| **Kwalifikacje zawodowe** (opisać posiadane kwalifikacje, ukończone szkoły/uczelnie, ukończone szkolenia – potwierdzone zaświadczeniem, dyplomem, świadectwem, innym stosownym dokumentem) |
|  |
| **Doświadczenie zawodowe** (w tym staże/praktyki zawodowe) |
| [ ]  nie posiadam doświadczenia zawodowego[ ]  posiadam doświadczenie zawodowe *(uwzględnić i podać wszystkie okresy aktywności zawodowej):* |
| **Okres (od … do…)** | **Forma zatrudnienia** | **Stanowisko i/lub zakres zadań** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:** | **[ ]  tak [ ]  nie**Jeśli tak, proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności[[1]](#footnote-1) ………………………....................................................................................................... |
| **OCZEKIWANIA** |
| W jakim szkoleniu zawodowym chciałaby/łby Pani/Pan uczestniczyć |  |
| Jaki rodzaj pracy Panią/Pana interesuje |  |
|  **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** |
| **[ ]  Facebook [ ]  prasa** **[ ]  plakat [ ]  strona internetowa CRAS [ ]  inne …………………………………………………………** |
| *Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.* *Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016 r.)* |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Miejscowość i data* |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Czytelny podpis Kandydata/**Opiekuna prawnego[[2]](#footnote-2)* |
|  |
| **ZAŁĄCZNIKI** |
|  | Oświadczenia |  | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) |

1. *Osoby niepełnosprawne zobowiązane są dostarczyć kserokopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów
z ust. z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społ. oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub orzeczeń albo innych dokumentów, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r. o ochr. zdrowia psychicznego*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego* [↑](#footnote-ref-2)