**ZAŁACZNIK NR 1**

**NIE WYPEŁNIAĆ!**

|  |  |
| --- | --- |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**kandydata do projektu „AKTYWNI NA RYNKU PRACY”**

*Należy uzupełnić wszystkie* ***niezaciemnione pola formularza*** *rekrutacyjnego*

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | AKTYWNI NA RYNKU PRACY |
| Nr projektu: | RPPD.09.01.00-20-0436/19 |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | Rozwój lokalny |
| Nazwa i numer Działania: | 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego |
| Nazwa i numer Poddziałania: | NIE DOTYCZY |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona) i nazwisko** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr PESEL[[1]](#footnote-1)** | | | | | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | | | | | | | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **telefon komórkowy i/lub stacjonarny** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **e-mail** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY \*należy zaznaczyć maksymalnie jedną odpowiedź** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **tak**  **nie** | | | Jestem osobą długotrwale bezrobotną[[2]](#footnote-2) zarejestrowaną w urzędzie pracy  *tj. osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad ostatnich 12 miesięcy* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **tak**  **nie** | | | Jestem osobą długotrwale bezrobotną1 niezarejestrowaną w urzędzie pracy (tj. osobą nie pracującą, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia)  *tj. osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad ostatnich 12 miesięcy* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czas pozostawania bez pracy *(proszę podać przybliżoną datę)* od**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 5-6)\* | | |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** (w tym staże/praktyki zawodowe) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie posiadam doświadczenia zawodowego  posiadam doświadczenie zawodowe *(uwzględnić i podać wszystkie okresy aktywności zawodowej):*  poniżej 1 roku  1 - 5 lat 5 - 10 lat 10 lat i więcej | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością wymagającą dodatkowych usprawnień[[3]](#footnote-3) | | | | | | | | | | **tak,** wymień...............................................................................  **nie**  **odmowa udzielenia informacji** | | | | | | | | |
| **OCZEKIWANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W jakim szkoleniu zawodowym chciałby/łaby Pan/Pani uczestniczyć (należy wybrać jeden temat): | | | | | | | | | | Opiekun osób starszych  Kurs spawania / spawacz metodą TIG-141  Pracownik usług kosmetycznych | | | | | | | | |
| Jaki rodzaj pracy Pana/Panią interesuje | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Facebook** **plakat**  **strona www LOGOS  strona www Gminy Piątnica** **inne** ..................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **INFORMACJE DODATKOWE**  *Istnieje możliwość odmowy udzielenia danych* | | | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmawiam podania informacji | | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji | | Osoba z niepełnosprawnościami | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji | | Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących  - w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 TAK 🞏 NIE |   *Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.*  *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.) przez Placówkę Kształcenia Ustawicznego „LOGOS” Centrum Edukacyjne z siedzibą: ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6 lok. 44, 18-400 Łomża do celów związanych  z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu „AKTYWNI NA RYNKU PRACY”. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………..  *Miejscowość i data* | | | | | | | | | | | …………………………………………………………  *Czytelny podpis Kandydata* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Oświadczeniespełnienie kryteriów grupy docelowej projektu | | | | | | |  | | | Oświadczenie Uczestnika/ osoby biorącej udział w realizacji projektu | | | | | | | |
|  | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli dotyczy) | | | | | | |  | | | Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu – **dotyczy osób biernych zawodowo i bezrobotnych niezarejestrowanych w ewidencji urzędu pracy** | | | | | | | |

1. **W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL** – proszę podać datę urodzenia, nazwę, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość; [↑](#footnote-ref-1)
2. **Osoba długotrwale bezrobotna:** osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat, osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Dodatkowe usprawnienia**, np.: tłumacz języka migowego, organizowanie form wsparcia w budynkach dostępnych dla osób z różnymi niepełnosprawnościami, dostosowanie posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, wydłużenie czasu organizacji wsparcia (wynikającego np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego itp.) [↑](#footnote-ref-3)